

INDEXED

XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XXX REUNION DEL COMITE REGIONAL

Informe de la República del Ecuador

ST. George's Grenada

Septiembre - Octubre 1978

E C U A D O R

INDEXED

INFORMACION BASICA

El indicador externo de población estimado a mediados del año 1977 contabilizó 7'556.000 habitantes.

Entre los indicadores de salud, la esperanza de vida al nacer en 1974 - 1975 mostró 60.7 años.

La tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos - en 1975 registró 57.6.

La tasa de mortalidad bruta por mil habitantes en el año 1975 fue de 7.8.

La tasa de mortalidad de 1 a 4 años por mil habitantes fue en 1975 de 23.3.

El porcentaje de muertos por enfermedades infecciosas y parasitarias fue en 1975 de 20.01 %.

En el año 1977 el número total de médicos fue 6.17, el de odontólogos 1.81, el de enfermeras 1.62 por 10.000 habitantes.

El número total de camas por mil habitantes en 1974 fue de 1.9 %.

Los indicadores demográficos señalaron un porcentaje de población menor de 15 años en 1977 de 43 % y un porcentaje de po--

blación mayor de 55 años en 1977 de 6.6 %. La tasa de nacimientos por mil habitantes fue en 1975 de 31.3.

Entre los indicadores del medio el porcentaje de población con conexiones domiciliarias de agua potable fue en 1977 de 82 % en el área urbana y el 13 % en el área rural.

El porcentaje de población cubierto por sistemas de alcantarillado y disposición sanitaria de excretas fue de 63 % en el área urbana y 11 % en el área rural en el año 1977.

Las calorías disponibles per cápita por día fueron de 2.070 para 1977

Los indicadores económicos nos muestran un Producto Interno Bruto per cápita de 16.954 sucres en el año 1976 (aproximadamente 678 dólares).

El porcentaje del presupuesto Nacional destinado al Ministerio de Salud en 1977 fue de 9.37 %.

El instrumento técnico que responde a la política del Gobierno de las Fuerzas Armadas es el Plan Integral de Transformación y Desarrollo, preparado para el Quinquenio 1973 - 1977.- Con este Plan se ha tratado de racionalizar la utilización de los Recursos del País, orientándolos de manera que permitan lograr los objetivos planteados y que en esencia son: Primero, Fortalecimiento del País mediante una mayor integración nacional y una reafirmación constante de la soberanía ecuatoriana; segundo, mejorar las condiciones de vida del habitante ecuatoriano, principalmente, las de aquellos de menores recursos económicos y que comprendía a amplios grupos sociales y; tercero, vigorizar y expandir el aparato productivo del País mediante un mejor aprovechamiento de los recursos naturales y una racional utilización

del espacio económico, aspectos que redundarían en una mayor - capacidad del sistema para absorber mano de obra en los niveles crecientes de la productividad.

El capítulo tercero de la parte del Plan que se refiere a sectores sociales, contempla el programa de Salud. La política señala como propósitos: la creación de un sistema de sa lud ágil, moderno y eficiente, puesto que se trata de un sec tor joven, dinámico, de tecnología cambiante y sometido a un pro ceso de reestructuración técnico-administrativo; la organización del sistema de salud con criterio de integridad y; el establecimiento del servicio Nacional de Salud al finalizar el quinquenio.

El Plan Nacional de Salud denominado Plan País, complementó el Plan Nacional de Transformación y Desarrollo en el sector correspondiente, y a través de ellos el Gobierno definió las siguientes áreas programáticas: Pre ven ción y Control de Enferme dades, Atención de Salud y Bienestar Familiar, Salud Ambiental y Desarrollo de Servicios de Salud, con énfasis en la extensión - de la cobertura a áreas rurales y, Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud.

INFORME DE ACTIVIDADES

1972 - 1978

1. INTRODUCCION

Como se podrá notar a través de la lectura y análisis de este documento, la tarea realizada por el sector - salud ha sido considerable no sólo en el aspecto de la creación y dotación de una nueva infraestructura - sanitaria y hospitalaria que supera con facilidad los límites de un normal crecimiento, especialmente en - los dos últimos años, sino también en el aspecto rela - cionado con la estructuración técnica apropiada de - una cartera de estado destinada a proteger, fomentar, recuperar y rehabilitar la salud del pueblo ecuatoria - no.

No hubiera sido posible conseguir logros tan importan - tes si no hubiese existido desde el comienzo del Go - bierno, la decisión política necesaria y la asignación de la correspondiente prioridad en el contexto tanto - del Plan Quinquenal de Transformación y Desarrollo, - como en la Filosofía y Plan de Acción del Gobierno de las Fuerzas Armadas.

La decisión de apoyar a la Salud se inicia concretamente con el reconocimiento del derecho a la salud - que, por ventura, se encontraba taxativamente expresado en la Constitución de 1945, adoptada como norma para el desenvolvimiento de las acciones del Gobierno.

Luego se establece con la declaración, que formando parte del documento Filosofía y Plan de Acción del Gobierno, expresa: "El Ministerio de Salud reestructurado, será el organismo que se encargue de la intepración de los servicios de salud y de la coordinación progresiva, en la forma que indique la técnica".

La adopción de tales decisiones fue necesaria al conocer tanto los bajos niveles de salud que afectaban al pueblo ecuatoriano, como el permanente relegamiento del Ministerio dentro del Presupuesto, en comparación con otros sectores.

El Ministerio de Salud que a la fecha del cambio de Gobierno, había cumplido recién su primer lustro, carecía de poder, autoridad y recursos para ejecutar - todas las acciones a él encomendadas en el Decreto de su creación. Más aún, dividido su nivel central, tanto político como técnico, se enfrentaba también al - grave problema de 18 Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Social que administrando aproximadamente el 45 % de las camas hospitalarias nacionales, se constituían en otros tantos mini-ministerios, con derecho por ley, a definir su propia política de salud al margen del Ministerio.

Las acciones realizadas a partir de la expedición del De
creto 232 del 14 de abril de 1972, marcan un hecho importan
te que se traduce en el fortalecimiento técnico y admi
nistrativo del Ministerio, entregándole la legítima autu
ridad a la que tiene derecho para que pueda cumplir -
con éxito la difícil tarea que le encomendara el pueblo
ecuatoriano a través de la legislatura de 1967.

Las múltiples actividades que se dan a conocer en este info
rme, no dejan lugar a dudas que se ha producido el verda
dadero "despegue del sector salud" y los logros conseguido
s, especialmente en algunos indicadores del nivel salud,
nos revelan claramente que tenemos una tendencia a la mejo
ría en algunos de sus componentes, siendo especialmente
placentero el incremento de 5 años en la esperanza de vida
al nacer que en 1975 llegó a 60.7 años, como parte de una
tendencia que se estima sigue manteniéndose hasta la prese
nte.

La obra realizada que se evidencia en toda la amplitud del
espacio físico ecuatoriano, en donde no hay localidad importan
te en que no se haya construido o se halle en construcci
ón algún proyecto de agua, alcantarillado o establecimiento
de salud, es el resultado del apoyo gubernamental, el -
mismo que ha significado más de ocho mil millones de sucres
de inversión (aproximadamente tres cientos veinte millones
de dólares), de los cuales seis mil millones corresponden -
al período 1976 - 1978.

2. DESARROLLO INSTITUCIONAL

Comprende dos etapas bien definidas que guardan estrecha relación con las políticas del Plan Quinquenal de Transformación y Desarrollo del Ecuador (1973-1977), - ellas son:

- a) Reorganización y Planificación; y,
- b) Desarrollo del Ministerio de Salud.

a) En la primera etapa (1972-1975), se destacan las siguientes acciones:

- Reorganización político-administrativa iniciada con la expedición del Decreto 232 - del 14 de abril de 1972 a través del cual se centraliza la Dirección General de Salud en la sede del Ministerio y se deroga la existencia de las Juntas Centrales y Subdirecciones Provinciales de Asistencia Social integrándose sus servicios a los del Ministerio, con lo cual, éste pasa a administrar el 48% de las camas hospitalarias (6.271 - camas).
- Formulación del Plan Quinquenal de Salud" - el mismo que contiene una doctrina de Salud cuyo principio de Salud Integral fue concebido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador como una acción dirigida a "Prestar atención al Individuo sano o enfermo desde el nacimiento hasta la muerte, donde quiera que resida, considerando al ciudadano ecuatoriano como persona digna,

sujeto a derechos, entre los cuales, el de recho a la Salud es reconocido taxativamente por la Constitución Política del Estado'.

- Con fecha 20 de diciembre de 1973, mediante Decreto N° 1364, se realiza la integración de los servicios de LEA (Liga Ecuatoriana Antituberculosa) lo que significa un 8% del incremento adicional de camas, con lo cual este Portafolio pasó a comandar el 56% de las camas nacionales (7.316 camas).
- En noviembre de 1973, se crea el Programa Nacional de Saneamiento, para el cual se a asigna fondos de las utilidades provenientes del petróleo, lo que permite al IEOS - disponer de una mejor liquidez económica.
- Por otro lado mediante Decreto N° 487, del 16 de mayo de 1974 se integró la División Nacional de Saneamiento Ambiental al Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias. Esto permitió ir atendiendo todos los proble mas de Saneamiento Ambiental en el país - con un criterio unitario.
- En el proceso de tecnificación administrati va, se reestructuró la División de Finanzas dándole una organización apropiada que le - permitió realizar la aplicación de las reformas expedidas por la Contraloría General de la Nación.

- Se formuló el "Plan País 1974 - 1977 con una programación de corto y mediano plazo en base a las recomendaciones de la Reunión de Ministros de Salud del Continente, realizada en Chile en octubre de 1972.

b) La segunda etapa (1976 - 1977) se caracteriza por un crecimiento y desarrollo acelerado del Ministerio. En esta etapa se destacan las siguientes acciones:

- Evaluación de las acciones realizadas hasta 1975 en la construcción de la infraestructura sanitaria, con el fin de impulsarlas y acelerarlas para dar cumplimiento a las metas fijadas en el Plan País. Esto significó que, por primera vez se formuló un ambicioso plan, casi único en las Américas por el volumen y magnitud de inversión así como por el tiempo corto fijado para su ejecución.
- Formulación de un plan de Extensión de Cobertura hacia las áreas rurales marginadas que en conjunto significa la dotación de 700 puestos de salud y que en su primera etapa, comprenderá la construcción de 300 puestos de salud.

- Estudio y definición del Sistema Regionalizado de servicios de salud cuya descripción se encuentra en otro capítulo de este informe. Las acciones realizadas en este aspecto permitirán desarrollar la regionalización de los servicios en forma que asegure una mejor calidad y eficiencia de los servicios.
- Se formula un Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos, con el fin de racionalizar y adecuar las disponibilidades actuales y futuras de los Recursos Humanos a las necesidades de expansión de los servicios del Ministerio.
- Se organiza y desarrolla con el IEOS un complejo conjunto de Recursos Humanos y técnicos para dar paso a la obra de construcción y equipamiento de servicios de salud y de saneamiento programados; al mismo tiempo - que se logra su financiamiento, y se consigue acelerar sin descuidar la técnica el - proceso de licitación, adjudicación y contratación de cada obra.
- En abril de 1976 se abrió el nuevo Hospital Vicente Corral Moscoso, circunstancia que - marca un hito importante en la historia de los establecimientos de salud, pues se trata del primero de tantos hospitales que está construyendo el Ministerio con criterio moderno tanto en su equipamiento, como - planta física y funcionalidad.

- Creación del Instituto de Investigaciones Biomédicas, Sociales y Nutricionales como apoyo académico y operativo en la proyección de innovaciones tecnológicas y formulación de una política de investigación adecuada a la realidad nacional que complementa en el campo social las actividades tecnobiológicas del Instituto Nacional de Higiene Izquierda Pérez.
- Reorganización técnico administrativo del Ministerio para adecuarlo funcionalmente al creciente proceso de expansión.
- En marzo de 1978 se expide el nuevo manual de clasificación de puestos de salud, preparado por la dirección nacional de personal y con la participación del ministerio. Este documento significa el primer paso en el país para asegurar al personal de una institución una remuneración apropiada al trabajo que realiza, en base al análisis de los puestos de salud en términos de variables eminentemente objetivas y cuantitativas.
- El 21 de junio de 1978, se realiza la inauguración del nuevo local para la Jefatura Provincial de Salud de Imbabura, que dispone de planta física y equipamiento adecuado a sus importantes funciones provinciales. Se destaca este hecho por tratarse -

de la apertura del primero de una serie de establecimientos similares que se está - construyendo en el País.

El mismo día se inaugura en la sede central del Instituto Nacional de Higiene, el nuevo servicio de microscopía electrónica, adecuado y equipado en virtud de un convenio con el Gobierno Japonés. Dispone de un moderno microscopio electrónico, correspondiente a la última generación de este tipo de equipos, con una capacidad de 800.000 aumentos, por lo cual es uno de los más potentes y modernos de sudamérica.

En este mismo mes se ha finalizado el diseño arquitectónico para la restauración del edificio e iglesia correspondiente al Hospital San Juan de Dios, uno de los más antiguos de Sudamérica y que, en calidad de monumento forma parte del patrimonio artístico nacional.

3. DESARROLLO OPERACIONAL

3.1. Como el Ministerio de Salud inicia sus actividades de transformación y desarrollo con las acciones de integración de establecimientos de salud que fueron de las Juntas de Asistencia Social y que permanecieron estáticos en su función, por más de 30 años, fue necesario realizar el análisis de la situación de tales establecimientos en cuanto a: planta física, equipamiento, personal, presupuesto y administración, para luego planificar los cambios y programar las actividades que en forma rápida permitan solucionar los ingentes problemas procurando que estas actividades no interrumpen la prestación de servicios.

Al mismo tiempo y en la medida de las necesidades de una mayor eficiencia administrativa se actúa dinámicamente transformando la organización técnico-administrativa con los cambios y creaciones de unidades que permitieron una mejor implementación de los programas tanto a nivel central como regional y local.

En forma cronológica anual, el desarrollo de las acciones fue como sigue:

Período 1972 - 1973

- Elaboración del Plan Nacional de Salud para 1973 - 1977.
- Realización del Censo de Recursos de Atención Médica y Hospitalaria.
- Elaboración del Reglamento Nacional de Establecimientos de Salud.

- Se crea el departamento de Ingeniería, Diseño y Construcción adscrito a la División de Atención Médica.
- Se realizan tres cursos de Administración Hospitalaria para Médicos, uno para Administradores no Médicos y uno para Enfermeras Jefes de Hospitales.
- Se establece por decreto la reglamentación de las actividades de la División de Control de Profesiones Médicas, Establecimientos Farmacéuticos y Afines y sus respectivos departamentos provinciales para controlar y normar las farmacias y el comercio de productos farmacéuticos.
- Se crea por decreto el Departamento Nacional de Productos Farmacéuticos en institución de DENAMED para fijar y controlar el precio de los medicamentos y favorecer el desarrollo de la industria farmacéutica en el país.
- Elaboración del Cuadro Básico de Medicamentos de uso general que se aplica a todos los establecimientos de salud.
- Creación del Comité Nacional de Salud Rural en Quito, Guayaquil y Cuenca para la programación del Plan Nacional de Salud Rural.
- Se estudia y programa la elaboración de los formularios de la Historia Clínica Única, como documento estandarizado de información y se aprueba su implementación para uso a nivel nacional en todos los establecimientos públicos y privados.
- Se inicia la dotación de agua, canalización, mejoramiento de la vivienda y disposición de basuras por cuenta de la División Nacional de Saneamiento, dependiente del Ministerio de Salud.

- Se estructura el Instituto Nacional de Nutrición como una dependencia de la División Nacional de Nutrición.
- El Instituto Nacional Izquieta Pérez creado en 1942 y que mantiene 33 laboratorios en el país, es apoyado en su desarrollo para la producción de vacunas y para implementar el control de alimentos.
- Se aprobó el programa de servicios de Planificación Familiar como una acción comprendida dentro del programa de fomento, para ser otorgada cuando se la solicite por libre decisión de la pareja.
- Se organiza el Departamento Nacional de Enfermería y sus servicios en todo el país.
- Se realizaron cursos de adiestramiento de enfermería para profesionales.
- Se realizan cursos de auxiliares de enfermería en todas las provincias para capacitación del personal.
- Las campañas sanitarias verticales se integran en el programa Nacional de Epidemiología que controla las enfermedades transmisibles más comunes de acuerdo a una programación técnica bien concebida.
- Se inicia la ejecución del Plan Nacional de Erradicación de la Poliomielitis.
- Se incrementa y mejora el financiamiento del programa de control de la Malaria.
- Se creó el Comité Interministerial de Política de Alimentación y Nutrición; como organismo encargado de la planificación

ficación y coordinación en la distribución, producción y consumo de alimentos para mejorar el nivel de salud.

- Se creó la Comisión Mixta Nacional de Salud y Educación para educar en salud al estudiante y a las colectividades.
- Estructuración de la Comisión Nacional de Odontología (1973) para planificar la atención de la salud bucal en el Ecuador.
- Creación del Instituto de Recursos Odontológicos para el desarrollo e investigación de recursos de salud bucal en el Area Andina y en el Ecuador.

1974

- Se establece la reestructuración administrativa del Ministerio de Salud incluyendo los Departamentos de Población, servicios complementarios, Recursos Humanos e Investigación, Unidad Administrativa y Evaluación.
- Se elabora el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud y se organiza la División Nacional de Fomento.
- Se elaboró el programa de Bienestar Familiar con el objeto de reducir la mortalidad y morbilidad materno infantil.
- Se elaboraron las normas técnicas de Atención del recién nacido normal y patológico.
- Se desarrolla el programa de adiestramiento de personal profesional y técnico.

- Se reestructura el IEOS por Decreto de 9 de mayo /74 y se integra al Ministerio para mejorar los trámites administrativos y favorecer el desarrollo coordinado de sus actividades.
- Se inicia la conformación de un listado básico de medicamentos para proveer a las unidades de salud del Ministerio.
- Se dictan las normas de coordinación y servicio rural en las unidades de salud.
- Se inicia la ejecución del programa de Saneamiento creado mediante Decreto del 3 de noviembre/73 y por él se asignan fondos provenientes de las utilidades del petróleo.
- Se formula el "Plan País" 1974 - 1977, en términos de plan operativo.

1975

- Se consolida la estructura orgánica del Ministerio de Salud: se suprimen las 3 regiones de salud y se crea la Dirección de Salud Rural.
- El Departamento de Ingeniería de establecimientos de salud se integra al IEOS.
- Se realizan los manuales de actividades para Centros de Salud-Hospital, Centros, Subcentros y Puestos de Salud.
- Se desarrolla una metodología para desagregación del Plan País y se efectúan 4 seminarios de adiestramiento con este objeto.

- Se realiza el Código de equipamiento para todos los servicios de salud, según tipos y características de los establecimientos.
- Se incorpora el Manual de Uniformes y Lencería para unidades de salud.
- Se formula y aplica el Manual de Ejecución presupuestaria para unificar criterios y disposiciones legales de lo económico en todas las unidades de salud.
- Se elabora el Manual de Procedimientos de Alimentación y Dietética.
- Se elabora el Manual de Procedimientos de Lavandería.
- Se elabora el Manual de Procedimientos de Farmacia.
- Se elabora el Manual de Procedimientos de Fondo Económico.
- Se elabora el Manual de Procedimientos de Registros y Estadísticas.
- Se elabora el Manual de Procedimientos para Enfermería.
- Se elabora el Manual de Enfermería para Control de Tuberculosis.
- Se integra el programa de control de la tuberculosis en la estructura de servicios de salud para la ejecución de un programa de concepción técnica moderna.
- Se reestructura la División Nacional de Fomento.
- Se conforma el Comité de Adquisiciones del Ministerio y

se dan las normas para la conformación de comités similares en todas las Jefaturas Provinciales.

- El Instituto Izquieta Pérez prepara personal para trabajos técnicos sobre zoonosis.
- Se establece el Programa Nacional de Prevención de cáries dental.
- Se publica mensualmente el informe de Producción Hospitalaria.
- Se ejecuta el programa de Colaboradores Voluntarios para programas de salud en el Oriente.
- Se crea la Comisión Nacional de Zoonosis.
- Se terminan estudios de evaluación de nivel de Salud en el Ecuador.
- Elaboración de funciones de trabajo social en establecimientos de Salud.

1976

- El Ministerio de Salud ha alcanzado madurez técnico-administrativa y puede desarrollar con mejor efectividad los programas. Este éxito se debe en gran parte a una notable estabilidad administrativa y a la formulación de planes y programas de desarrollo de personal, paralelos al desarrollo de la infraestructura física.
- Se elabora el plan de regionalización de servicios estableciendo niveles de atención en los diferentes tipos de establecimientos: puestos de salud, centros, subcen

tros, centros de salud hospitales, hospitales base hasta hospitales de especialidades con una coordinación ascendente de referencia, investigación y programación y descendente de supervisión, evaluación y docencia.

- Se crea el Instituto de Investigaciones Bio Médico-Sociales y Nutricionales.
- El Departamento de Mantenimiento de Servicios de Salud pasa a formar parte del IEOS.
- El Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias incrementa su actividad con el apoyo económico del Gobierno de las Fuerzas Armadas.
- Se realiza por decreto el Convenio y Reglamento entre el Ministerio de Salud Pública y el IESS para prestar asistencia recíproca en todo el país en términos de prestación médica, odontológica, asistencial y de medicamentos.
- Se crea la Auditoría Interna para mejorar el sistema de control económico.
- Se realiza el catastro físico de equipamiento hospitalario.
- Se establece formularios y flujos de información y referencia para procesamiento computable.
- Se organiza en la Dirección General de Salud la División de Supervisión y Coordinación para controlar y evaluar los programas en marcha.
- Se actualiza el cuadro Básico de Medicamentos.
- Se inicia la construcción de una planta procesadora de

alimentos para los programas de nutrición.

- Se aprueban las normas de atención del embarazo, parto y puerperio normal.
- Se elaboran normas de atención en los componentes de regulación de la fecundidad y detección oportuna del cáncer ginecológico.
- Se diseña el programa de Comunicación Social para investigar, organizar y fomentar la información y participación comunitaria.
- Se elaboran normas y procedimientos para colaboradores voluntarios rurales y se inicia en escala nacional la capacitación de 500 parteras empíricas.
- Se elabora el Manual de trabajo para Auxiliares de Enfermería.
- Se publica el Manual de la Auxiliar de Enfermería Rural.
- Se publica el Censo de Recursos de Atención Médica.
- Se crea el Departamento de Enfermedades cardiovasculares y de Prevención de Hipertensión.
- Se organiza el Centro de Medicina para Deportistas.

1977

- Se crea la Dirección Nacional de Salud Familiar integrando los programas de Atención Materno Infantil, Nutrición Salud Bucal, Inmunizaciones y Salud Mental.

- Se elaboran las Normas de Atención de Embarazo, Parto y Puerperio patológico, Atención al Infante, Preescolar y Escolar.
- Se inicia el programa ampliado de inmunizaciones en tres provincias con futura ampliación a seis.
- Se integran al Ministerio de Salud los servicios de salud rurales a cargo del Ministerio de Agricultura con 67 puestos de Salud.
- En la Dirección de Salud Rural se organiza la División de Desarrollo Comunitario que se encarga de la implementación del Plan de Extensión de Cobertura de Servicios al Área Rural.
- Habiéndose erradicado la viruela y fiebre amarilla se mantiene e incrementa el programa de Vigilancia Epidemiológica de estas enfermedades.
- Se racionalizan los procedimientos administrativos con la tendencia a la incorporación de los sistemas de computación especialmente en el área de información.
- Se actualiza el Reglamento de Concursos para Cargos Médicos por pedido de la Federación Nacional de Médicos.
- En abril de 1977 se realiza la apertura del Hospital Regional Docente de Cuenca, marcando el inicio de la dotación - de la moderna infraestructura de establecimientos de alta complejidad programados y en construcción actual.
- Se dicta el Reglamento de Control de Medicamentos Cosméticos y Productos Higiénicos.
- Se inicia la elaboración del Proyecto de Desarrollo Adminis-

trativo en las áreas de: inventarios, suministros, manejo financiero y costo.

- Se intensifica desde el nivel central la reestructuración técnico-administrativa de las Jefaturas Provinciales.
- Se presenta al BID una solicitud de préstamo formulada en 1976 para la extensión de cobertura de servicios al área rural y cooperación técnica para el desarrollo del sistema de servicios regionalizados de salud.
- Se prepara el Reglamento de Control de Alimentos.

3.2. RECURSOS HUMANOS

3.2.1. Período 1972 - 1975

Durante el período 1972 - 1975 el Ministerio de Salud Pública, se preocupa por el desarrollo de recursos humanos, a través de cursos, seminarios, adiestramiento en servicio, etc., con el apoyo técnico administrativo de todo el personal del nivel central y regional. A tal efecto organizó, desarrolló y evaluó los siguientes cursos, con la colaboración de Organismos Internacionales:

- Tres cursos de Administración Hospitalaria con una asistencia total de 84 médicos procedentes de todas las instituciones del sector, y a tiempo completo.
- Un curso para Administradores no médicos con una asistencia de 30 alumnos y con una duración de tres meses a tiempo completo.
- Dos cursos de Administración Hospitalaria para En

fermeras Jefes con una participación de 52 alum
nas y una duración de tres meses a tiempo comple
to.

Los seis cursos tuvieron la asistencia técnica de
la OPS y el financiamiento del Ministerio e Insti-
tuciones interesadas.

- Tres cursos para los encargados de los sistemas estadísticos y registros médicos con un total de 75 alumnos y tres meses de duración.
- Dos cursos de Administración de Recursos Odontológicos con una participación de 45 estudiantes y un mes de duración cada uno.
- Tres seminarios para Epidemiólogos Provinciales y otro personal vinculado con epidemiología con un total de 150 alumnos a tiempo completo, 2 meses
- Seis cursos para Médicos Administradores de Programas Materno Infantiles de las Jefaturas Provinciales con una participación de 65 médicos y una duración de un mes cada uno.
- Dos seminarios para Jefes Provinciales con una participación de 20 Jefes Provinciales de una semana de duración.
- Cuatro seminarios de Planificación de Salud para Jefes Provinciales y Directores de Establecimientos y Unidades Operativas.
- Dos cursos de Obstetricas con una participación de 38 profesionales de una duración de dos semanas a tiempo completo.

- Seis cursos de Orientación para cada una de las promociones de médicos que debían cumplir el año de servicio en Area Rural con un total de 2.100 alumnos y una semana de duración.
- Seis cursos para egresadas de la Escuela de Obstetricia con 120 alumnas y una semana de duración a tiempo completo.
- Seis cursos para egresadas de la Escuela de Enfermeras con 720 alumnas y una semana de duración.
- Veinte cursos remediales para Auxiliares de Enfermería de establecimientos hospitalarios 1.729 Auxiliares y una duración de seis meses cada uno.
- Dos cursos para Inspectores Sanitarios con una duración de tres meses en los que se prepararon 45 inspectores.
- Un curso de Post-grado para Ingenieros Sanitarios a través de convenio con el IEOS y la Escuela Politécnica con una participación de 27 alumnos y una duración de dos años.
- Dos cursos para Educadores para la Salud con un total de 69 alumnos y 12 meses de duración cada uno.

3.2.2. Período 1976 - 1978

Con la creación de la Unidad de Recursos Humanos destinada a sistematizar las actividades de Planificación y desarrollo de recursos humanos, se incrementan las actividades en esta área con los siguientes logros:

- a) En el aspecto de información, se efectuó una cuantificación de la oferta actual efectiva de recursos humanos en salud del Ministerio de salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Junta de Beneficencia de Guayaquil a diciembre de 1975.

En 1976 se inició los estudios para la implementación de un sistema de información de recursos humanos en salud que permita disponer de datos confiables, y periódicamente actualizados, habiéndose recolectado datos de todas las provincias que permitirán, en futuro próximo, estar en capacidad de ofrecer datos útiles para el proceso de planificación así como extender el sistema de información a las otras instituciones del sector salud.

- b) En el aspecto de investigación, la División de Recursos Humanos se halla trabajando desde 1977 en asuntos referentes al área de tecnología médica, con el fin de promover el desarrollo y actualización de dicha profesión y proyectar la demanda de recursos adecuados a las necesidades nacionales.

Se han efectuado también investigaciones con el fin de establecer índices más fidedignos de rendimiento de recursos humanos en los diferentes niveles de complejidad de servicios.

- c) Colaboración en Postgrado.

Dotación de recursos financieros a las entidades formadoras para la capacitación de especialistas en las ramas de medicina interna, gineco-obstetricia

pediatría, traumatología, fisioterapia y rehabilitación, de igual manera se encuentran estructurados los programas y ubicado el financiamiento para la capacitación en las áreas de: anestesiología, radiología, psiquiatría, salud pública y administración de salud. La programación de esta última especialidad, constituye la base para la organización de la escuela de Salud Pública, que este Ministerio considera prioritaria y que se encargará de la formación de postgrado de profesionales necesarios para la ejecución de su política.

La capacitación en especialidades complejas (cuidados intensivos, neurología, cirugía selectiva, nefrología, etc) necesarias para la marcha de nuevos servicios y que no encuentran cabida todavía en nuestras estructuras académicas, está encontrando respuesta con la constante y planificada dotación de becas para la formación en centros seleccionados del extranjero, con el valioso apoyo del IECE y de Gobiernos amigos.

d) Colaboración para capacitación de Auxiliares de Enfermería.

- Impulso económico, asesoría académica nacional e internacional OPS/OMS para la apertura de nuevos centros de preparación para enfermeras. En el transcurso de este año se ha conseguido la estructuración de dos nuevas escuelas (Loja, Manabí), con las que se espera incrementar la matrícula actual en un 100%. Se encuentra en trámite una escuela en Ibarra.
- Desarrollo de cursos adscritos a las universi

dades para la formación de auxiliares de enfermería y auxiliares técnicos: con estas acciones se ha logrado un incremento en el índice que pasó de 8.0 en 1976 a 10.8 por 10.000 habitantes en el primer semestre de este año. Además, se logró capacitar a la totalidad del personal en servicio. Cabe destacar, a parte del resultado cuantitativo, el impulso que ha significado para las entidades formadoras la creación de líneas de capacitación que hasta hace poco no eran parte de sus planteamientos tradicionales.

e) Colaboración para el Pregrado.

- Materialización del criterio de integración Docente Asistencial con el financiamiento y coordinación del Plan Nacional de Internado Rotativo, que al momento significa la presencia de plazas remuneradas en todos los hospitales del país para los estudiantes del último curso de Medicina.

Con este propósito se han establecido índices que ubican a un número de estudiantes en relación directamente proporcional a la cantidad de camas de los hospitales de agudos y crónicos.

- Así mismo se colabora con la Escuela de Obstetricia de Quito para el Internado de sus alumnas en la Maternidad Isidro Ayora.

f) Colaboración en Educación Continua.

Estructuración de dos programas de "Educación Con

tínuada". El primero de alcance nacional y con financiación interna se encuentra ya en su fase de desarrollo. El segundo, a realizarse con la colaboración de CIDA/OPS y de alcance selectivo por áreas de complejidad, está ya estructurándose en su información básica la misma que luego de haber sido aprobada se está definiendo en su - programación operativa.

En la consecución de estos objetivos se destaca el papel importante que han cumplido las actividades realizadas en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud a través de convenio unificado que fue recientemente suscrito y cuya programación estará en vigencia desde 1978

3.3. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y EQUIPAMIENTO

Uno de los aspectos que ha concitado la mayor atención del Ministerio de Salud, ha sido el de dar solución técnica y oportuna al grave problema de una inmensa infraestructura hospitalaria que, en su mayoría, denotaba un alto índice de obsolecencia en su planta física y equipamiento, así como carecía de personal suficiente y de recursos económicos para la realización de sus acciones.

Con este propósito y además, en cumplimiento de las estrategías formuladas en el Plan Nacional de Salud, a tono con el proceso de Transformación y Desarrollo impulsado por el Co - bierno de las Fuerzas Armadas y el pueblo ecuatoriano, se realizaron las siguientes acciones:

- Se determinó la necesidad de impulsar la atención ambulatoria a través de Centros de Salud, Subcentros y Puestos de Salud, como acción fundamental del sistema;

- Se estableció la necesidad de incrementar la dotación de camas de corta estancia para atención en gineco-obstetricia, pediatría y emergencia clínico-quirúrgicas, en cabeceras cantonales;
- Se estableció también la necesidad urgente de renovar toda la capacidad hospitalaria de cabeceras provinciales que estuviera en grave situación de deterioro, repararla o adecuarla según el caso; o incrementar el índice de camas/mil habitantes.

Con este objeto se creó y organizó una comisión mixta de expertos nacionales e internacionales que, a través de un convenio con la OPS, se encargó del análisis de toda la infraestructura y de la realización de los diseños para planta física, remodelaciones, equipamiento, reequipamiento, etc.

Así mismo, fue preciso también interesarse por la situación de la planta física en que funcionaban las Jefaturas Provinciales de Salud, muchas de las cuales tenían locales inadecuados para la elevada función que les correspondía cumplir en sus respectivas comunidades.

El trabajo preparado por la comisión, ha dado frutos muy significativos, pues en la actualidad, el país dispone de todo un estudio completo para hospitales de diversa composición de camas: 120; 220; 320; etc.; con listado de equipamiento precodificado para computación y con todos los elementos adicionales sobre organización, personal; recursos financieros, etc. Al mismo tiempo se dió solución al problema de planificación del nuevo hospital de niños de Guayaquil (en construcción) y se encuentra terminada toda la planificación del Hospital Universitario de esta misma ciudad, no habiéndose podido iniciar su construcción por no disponer del terreno ofrecido inicialmente por el Cabildo Guayaquileño.

Como se verá en el cuadro respectivo, prácticamente en todas

las cabeceras provinciales se está renovando camas, reparando o adecuando servicios o construyendo nuevos servicios. Igualmente en las cabeceras cantonales, el plan prevee que hasta fines de este año, se encuentren atendidas todas, sin excepción con modernas unidades funcionales y bien equipadas.

En el área rural, la acción desplegada ha sido también muy significativa y se espera que la ejecución del proyecto con financiamiento del BID, permita dar cumplimiento a la mayor parte de nuestros anhelos.

Pero la labor realizada no ha sido solo de planificación o de construcción de establecimientos, sino que además, se ha logrado incrementar la dotación de personal, en la medida que lo permiten los recursos presupuestarios. En la mayoría de los hospitales de agudos se ha pasado de un promedio de 0.6 personas/cama a 0.8 y 1 persona por cama. Todos los nuevos hospitales que se abren a la atención disponen de un standard de 2 a 2.5 persona /cama, dependiendo de su complejidad.

En términos de asignaciones para alimentación; medicamentos etc. se ha pasado de una forma tradicional de presupuestación a una que se conceptúa con criterio moderno, no solo la producción en egresos por camas observadas (giro) sino la verdadera capacidad de producción con los recursos asignados.

Finalmente, las acciones de organización hospitalaria, departamentalización, etc., desarrollo de los departamentos de enfermería, modernización de los de alimentación y dietética y lavandería, etc, nos permiten asegurar alguna forma de mejoramiento de la prestación de salud en todo el país.

Siendo superadas las primeras etapas de planificación y programación se da lugar a las realizaciones.

ADECUACION, RENOVACION Y MODERNIZACION DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA 1972 - 1978

AÑO	ASUNTO	Nº	TIPO SERVICIO	Nº DE CAMAS
1972-1973	Remodelación	2	Jefaturas Prov.	430
	Remodelación	14	Hospitales Gnrls.	
	Remodelación	3	Centros de Salud	
	Construcción	7	Subcentros Salud	
	Apertura	24	Centros S. Hospital	
1974-1978	Construcción y apertura de	14	Centros Salud Hosp.	165
	En construcción	24	Centros Salud Hosp	165
	Construcción y funcionamiento	2	Hospitales Gnrales.	425
	Planificación y construcción	17	Hospitales	3.951
	Remodelación y ampliación	6	Hospitales	
	Construcción	9	Centros de Salud	
	Construcción y apertura.	80	Subcentros	
	Construcción	17	Puestos de Salud	
	En construcción	2	Jefaturas Prov.	

NOTA: La ejecución del Proyecto BID significará la construcción de alrededor de 100 subcentros de salud y 300 puestos de salud.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CONSTRUIDOS O EN PROCESO DE CONSTRUCCION
SEGUN PROVINCIAS Y CLASES

1974 - 1977

PROVINCIAS	TERMINADOS							EN PROCESO						
	H	CSH	CS	SC	PS	OT	JP	H	CSH	CS	SC	PS	OT	JP
CARCHI	1 1/	2	-	5	1	-	-	-	-	1	5	2	-	-
IMBABURA	1 1/	2	-	6	1	-	1	1 1/	-	-	5	-	-	1
PICHINCHA	7 1/	5	2	6	4	3	-	5 2/	-	3	7	2	4	-
COTOPAXI	1	3	-	3	-	-	-	-	1	1	2	2	-	-
TUNGURAHUA	-	1	-	6	-	-	-	1 1/	-	1	3	-	-	-
CHIMBORAZO	1 1/	3	1	2	-	-	-	2 1/	-	1	4	1	-	1
BOLIVAR	-	-	1	4	-	-	-	1	1	1	2	-	-	-
CAÑAR	-	1	-	3	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-
AZUAY	1	3	1	6	-	-	-	-	1	1	4	-	-	1
LOJA	3	1	2	8	1	-	-	2 3/	3	-	2	1	-	1
ESMERALDAS	-	1	-	3	-	-	-	3	1	-	3	2	-	-
MANABI	-	2	1	6	-	-	-	4 4/	3	-	3	2	-	-
LOS RIOS	1 1/	1	-	-	-	-	-	2 1/	2	-	3	-	-	-
GUAYAS	1 1/	3	2	1	1	-	-	3 5/	8	-	8	-	2	-
EL ORO	1	3	-	3	-	-	-	1	-	-	7	-	-	-
NAPO	-	1	-	-	-	-	-	2	1	-	1	-	-	-
PASTAZA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
MORONA SANTIAGO	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-
ZAMORA	1 1/	-	1	-	-	-	-	-	2	-	4	1	-	1
GALAPAGOS	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
TOTAL	19	32	11	63	8	3	1	29	26	9	65	13	6	6

1/ Remodelaciones o adecuaciones

2/ Incluye la construcción de 2 nuevos Hospitales: Sur de Quito y Sto. Domingo.

3/ Incluye 1 nuevo hospital en la ciudad de Loja

4/ Incluye 3 hospitales nuevos en Bahía, Manta y Chone

5/ Incluye 1 hospital nuevo de niños.

6. Hospitales

6CS. Hospitales Centro de Salud

CS. Centro de Salud

6C. Sub-Centro de Salud

6S. Puesto de Salud

6T. Otros

6J. Jefaturas Provinciales

3.4. RECURSOS ECONOMICOS

En este capítulo se refleja en forma efectiva la prioridad asignada al sector salud por el Gobierno de las Fuerzas Armadas.

En efecto, de acuerdo con el siguiente cuadro se observa - que mientras en 1972 el presupuesto del Ministerio fue apenas el 2.64% del presupuesto nacional, en 1977 representa el 9.26%

EVOLUCION DEL PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA EN RELACION AL PRESUPUESTO NACIONAL (EN MILES DE SUARES).

AÑO	Presupuesto Nacional	PRESUPUESTO DEL M.S.P.					
		TOTAL		OPERACION		CAPITAL	
		\$	% DEL TOTAL	\$	%	\$	%
1972	8.723.000	230.543	2.64	145.833	63.2	84.710	36.8
1975	15.700.000	998.917	6.4	903.425	90.5	95.917	9.5
1977	17.050.000	1.579.895	9.26	1255.294	79.5	324.602	20.5

1/ Porcentaje del Presupuesto Nacional

2/ Porcentaje del Total del Presupuesto M.S.P.

Internamente el crecimiento del presupuesto significó el 593.4%, mientras que el presupuesto general creció en el 284.3% si a su vez se considera que el PIB creció en igual período en un 167%, se hace evidente que se ha desarrollado un proceso particularmente activo en el sector salud, correspondiente a dar atención financiera a la urgencia que la situación demandaba.

En términos de gasto/percápita, cabe indicar que mientras en 1964 todo el sector salud gastaba USA\$ 1.63 por persona) en 1977 solo el Ministerio de Salud gastó USA \$ 8.52.

Como la observación del cuadro presupuestario, puede dar lugar a una mala interpretación, en términos de recursos de capital disponible para la realización de la inmensa obra tanto de hospitales como de agua y alcantarillado que se describe en este informe, pues dentro del presupuesto del Ministerio no figura más de un 20%, de recursos de capital y en total en los 6 años se llega a una cifra acumulada de 987.169.000 de sucres, es justo que se manifieste que todo el resto de la inversión ha sido realizada gracias a la existencia de préstamos externos de diversa fuente, entre los cuales figura la contratación de obras con financiamiento, dentro de la modalidad de "Llaves en mano".

En tal virtud las inversiones para obras civiles de establecimientos de salud, agua, alcantarillado y saneamiento ambiental en el período de 1973-1977 alcanza a 2.805'800.000 y las inversiones en equipamiento para todos los servicios de salud en igual período suman 1.385'439.000, a todo lo cual se debe añadir la voluminosa inversión financiera que se halla actualmente en proceso de construcción, licitación o terminación de proyectos con los recursos indicados, de suerte que para el período 1978-1979 la inversión proyectada para establecimientos asciende a la cifra de 1.686'235.424 y para obras de saneamiento será de 2.893'000.000, todo lo cual asciende a la cantidad de \$ 8.771'5000.000.

3.5. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Se consideran en este capítulo los aspectos relacionados con laboratorios de salud, servicios de Rayos X, servicios de Rehabilitación y servicios de radioterapia.

3.5.1. Servicios de Laboratorio

Se distinguen aquí 2 grandes áreas: El sistema de laboratorio clínico y epidemiológico y de producción de biológicos y control sanitario, dependiente del Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez; y, el sistema de laboratorios clínico-patológicos de los diferentes hospitales del Ministerio.

El sistema de laboratorios del Instituto de Higiene, dispone de 32 unidades, distribuidas en todo el país, comandadas técnica y administrativamente por una unidad central en Guayaquil, en la cual se realizan acciones de control de alimentos, control de medicamentos, producción de biológicos y exámenes clínicos para los servicios ambulatorios de la provincia del Guayas. El resto de unidades funcionan en un caso como Laboratorio Provincial de Salud y en otros se han ido integrando con los servicios correspondientes de algunos hospitales.

En términos de desarrollo, tanto el laboratorio Central como el de Quito, han ido ampliando sus instalaciones físicas y equipamiento, con el fin de atender la demanda creciente especialmente de control de alimentos.

Por otro lado, el laboratorio central ha iniciado desde 1976 la producción de algunos productos biológicos que se encontraba suspendida por razones de carácter técnico.

Entre tales productos se incluye: vacuna triple D.P.T. vacuna D.T; toxoide tetánico, vacuna anti-

prábica canina; tratamiento antirrábico para uso humano y vacuna antivariólica; y se encuentra en prueba de producción la vacuna BCG liofilizada, para todo lo cual fue necesario incrementar y mejorar los bioterios existentes.

Así mismo se ha iniciado el desarrollo de un serpentario con especímenes nacionales, con el fin de producir nuestro propio suero antiofídico tan necesario para las regiones subtropicales y tropicales del país.

INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE
PRODUCCION DE BIOLOGICOS

n I P O	Programado 1977	Realizado 1977	Porcentaje Cumplimiento
Triple	300.000	1.691.639	564%
Doble	400.000	403.060	100%
Toxoide Tetánico	100.000	145.357	145%
Antirráfica	150.000	265.089	176%
BCG (líquido)	986.000	781.630	79%
ppp	5.000	120.000	
Antirrábica (uso humano)	320.000	218.358	68%
Antirrábica (animal)	480.000	536.775	112%

Cabe destacar que con la capacidad de producción actual en estos antígenos, será posible atender la demanda generada especialmente por la implementación progresiva de los programas PAI (Programa ampliado de inmunizaciones) en las regiones de salud del país.

Al mismo tiempo se han realizado trabajos para medición de títulos de anticuerpos en programas de inmunización con vacuna antipolio y vacuna antisarampión o en muestras técnicamente seleccionadas, que han servido para conocer la verdadera acción de rendimiento de inmunización conseguida. Con este objeto y por cierto para apoyar las acciones de colaboración diagnóstica, ha sido necesario incrementar y mejorar el laboratorio de virología.

En cuanto a control de alimentos, esta actividad ha debido incrementarse significativamente para guardar relación con el rápido proceso de industrialización en alimentos que se ha observado en el país.

El incremento en los controles realizados en 1977, cien por ciento, para la mayoría de los ítems frente al 10% que presentaban en 1972 son una clara demostración de la intensidad del trabajo realizado no sólo en términos de control sanitario para registros de alimentos sino en controles posteriores para detectar problemas de contaminación, defectos de preparación, etc., que permitan garantizar la salud de la colectividad.

Especial mención debe hacerse dentro de este capítulo al énfasis asignado al control de la sal yodada con el fin de conseguir la elaboración de un producto de calidad que asegure la erradicación del bocio endémico en el mediano plazo. Este control se efectuó en forma sistemática tanto en las plantas de producción como en los lugares de expendio.

CONTROL HIGIENICO DE LOS ALIMENTOS

TIPO DE CONTROLES	Metas 1977 según Plan País	Porcentaje de cobertura 1977
Control de industrias alimenticias.	50%	100%
Control de las industrias lácteas.	50%	100%
Control de alimentos vegetales.	50%	100%
Control de bebidas	50%	100%
Importación de alimentos.	50%	100%

En el aspecto de control para registro sanitario de medicamentos, cabe destacar que el laboratorio ha contribuido técnicamente para superar diferentes problemas tanto de inscripción como de reinscripción especialmente de los productos comprendidos en la lista de medicamentos básicos que ha sido aprobada como norma nacional.

Aspecto importante ha significado el apoyo prestado por el Instituto al trabajo del SNEM en las tareas no solo de erradicación de la malaria, sino también, las labores de vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla urbana, control de la fiebre amarilla selvática; y control de la enfermedad de Chagas en Guayas y de la Franbesia y mal de pinto en algunas ciudades de la costa y de la sierra.

3.5.2. Servicios de Laboratorio Clínico-patológico.

En esta área se acusan todavía notables deficiencias en la mayoría de los hospitales del país, a pesar

de los esfuerzos realizados. La falta de normas de carácter técnico y de una sección que a nivel central se encargue de esta situación ha sido una de las razones fundamentales. Sin embargo los nuevos hospitales se abren al público con equipo y personal de laboratorio adecuado para el cumplimiento de su importante función y de acuerdo al sistema de regionalización en marcha.

3.5.3. Servicios de Radiología y Radioterapia

En el período de este informe, ha sido muy grande el esfuerzo realizado para dotar a los antiguos hospitales de servicios modernos de Radiología o repararlos para que cumplan su función en forma apropiada. Hospitales como el Eugenio Espejo, Hospital Base de Latacunga, Hospital Regional de Ambato, etc. han sido reequipados y acondicionados sus servicios de Radiología en forma moderna y funcional.

La norma actual obliga que los nuevos hospitales que se abren a la atención dispongan de los recursos de diagnóstico y Radioterapia, adecuados a su nivel de radio-atención.

En el Hospital de Cuenca se ha incorporado una bomba de Cobalto que servirá para la atención de los pacientes de las Provincias del Austro. Equipamiento similar se ha programado para Quito en convenio con las FF.AA y en Guayaquil con el IESS.

3.5.4 Servicios de Rehabilitación.

Hasta abril de 1977, en que se abrió el Hospital nuevo de Cuenca, los Hospitales de agudos que tenían algún servicio de Rehabilitación, con equipo de alguna

guna consideración fueron: Hospital Guayaquil, (servicio completo); Eugenio Espejo, (moderado equipamiento); y, Baca Ortíz y Regional de Ambato (escaso equipamiento). Los Hospitales para enfermedades transmisibles de Quito y Guayaquil disponían de pulmón mecánico para rehabilitación en casos de polio.

El nuevo hospital de Cuenca dispone de equipo completo para rehabilitación física y terapia de lenguaje constituyéndose en el pionero de los nuevos hospitales que dispondrán de este importante servicio, de acuerdo al tipo de nivel de atención que les corresponda.

3.5.5. Servicios de Odontología.

Sí bien no se trata de servicios complementarios por la importancia de su acción, los destacamos en este punto para manifestar que han recibido la atención del Ministerio en el más amplio sentido y que en 1977-1978, ha sido posible renovar el equipo de todos los servicios dentales ubicados en establecimientos ambulatorios y de hospitalización dotándoles de sillones modernos y unidades dentales de alta velocidad, con lo cual se ha logrado mejorar efectivamente la calidad de la atención dental a nuestra demanda.

3.6. MEDICAMENTOS

Importante y permanente ha sido la atención prestada por el Ministerio para solucionar el problema de los medicamentos - en el país, con el fin de cumplir con uno de los objetivos del Plan de Salud: conseguir que los medicamentos sean accesibles a la demanda.

A la fecha de la iniciación del Gobierno de las Fuerzas Armadas el problema de los medicamentos podría resumirse como sigue:

- La mayoría de los medicamentos eran importados, constituyendo una forma notable de dependencia y de abuso internacional.
- El pequeño porcentaje de medicamentos de producción nacional se elaboraban en plantas de escaso desarrollo, con excepción de Life, Ácromax y HG..
- Existía DENAMED, como Departamento Nacional para la Fijación de precios de los medicamentos.
- Los medicamentos acusaban precios muy altos, inaccesibles a la demanda y escaseaban en la mayoría de los establecimientos de salud del Ministerio en razón de estrechez presupuestaria y falta de norma de medicamentos básicos.

La estrategia adoptada para solucionar el problema consistió en la realización de las siguientes acciones:

- Reformar y reforzar la unidad central encargada de la fijación de precios, dotándole de recursos humanos apropiados para apoyar el desarrollo de las industrias farmacéuticas, la administración de programas de provisión de medicamentos a establecimientos del Ministerio.
- Estimular y exigir a la industria internacional de medicamentos para que realice la capacidad instalada para la elaboración de sus productos, con el fin de incrementar la producción local, disminuir la dependencia, favorecer la transferencia de tecnología e incrementar las posibilidades de investigación científica en este campo a la

par que aumentar la ocupación de mano de obra calificada nacional.

- Establecer un listado de medicamentos, que evolucione a la farmacopea nacional, disponiendo de alrededor de 450 medicamentos básicos, que son los necesarios para toda clase de atención, aún la más compleja, en los establecimientos de Salud tanto del Ministerio como de la Seguridad Social, Beneficencia, Fuerzas Armadas, etc.
- Realizar la adquisición nacional de medicamentos comprendidos en el Listado Básico para la provisión de los establecimientos de salud del Ministerio, a través de compras por concurso de precios a los fabricantes nacionales.
- Prohibir el incremento de precios de los medicamentos en todo el territorio nacional mediante Decreto N° 29 de 25 de febrero de 1972.

Para el cumplimiento de estas actividades estratégicas, fue preciso realizar la expedición de diferentes instrumentos legales en los cuales se regulariza y se mejora las disposiciones de fabricación local contenidas en el Decreto 372 del 11 de septiembre de 1970 por el cual se obliga a los laboratorios extranjeros a fabricar sus productos en el país.

Se aprueban y expiden los decretos N° 29 del 6 de III-72; el Decreto 1076 B del 27-IX-72; el Decreto 1315 del 30-XI-73; el Decreto 330 del 8-IV-74; el Decreto 991 del 3-X-74; el Decreto Supremo 496 del 27-VI-75; el Decreto 924 B del 28-XI-75 y el Acuerdo 4732 del 24-VI-75.

No obstante la delicadeza con que fue tratado este problema se observó que fueron pocas las casas comerciales que hasta 1970 habían dado cumplimiento a los decretos en vigencia, de diciéndose mas bien a realizar alguna forma de boicot que dió

como resultado un estado de desabastecimiento nacional que por ventura y por acción de las medidas adoptadas se encuentra en pleno estado de recuperación, destacándose que para ello fue preciso la expedición del Decreto N° 1592 del 24-VII-77, por el cual se estimula la producción local de medicamentos y se obliga a los laboratorios que fabriquen medicamentos de uso humano en el país a entregar por lo menos dos medicamentos para el Programa de Medicamentos "básicos sociales" del Ministerio de Salud Pública de acuerdo a un listado aprobado. De manera que en la actualidad, la situación del área nacional de medicamentos es la siguiente:

En cuanto a abastecimiento de medicamentos para los establecimientos de salud del Ministerio, se ha realizado un programa en los años 1975-1976 y se encuentra licitado y en etapa de contratación un nuevo programa en el cual se introdujeron todas las valiosas experiencias adquiridas en la ejecución del primero con el cual se logró dotar de medicamentos esenciales y de calidad y cantidad adecuada a las necesidades.

Se ha elaborado y está en uso el listado de medicamentos básicos, contando con la participación de una Comisión intersectorial. Este listado ha sido objeto de felicitación por los países del Área Andina durante la realización de la V Reunión de Ministros de Salud del Área Andina en Bolivia abril de 1978.

Su utilización ha permitido racionalizar la adquisición de medicamentos a la par que facilitará la administración en los establecimientos de salud, favoreciendo la aplicación de la forma de uso de monofármacos y de prescripción de recetas unitarias por pacientes.

Se ha logrado disminuir el precio de muchos medicamentos en virtud de la aplicación de los correspondientes decretos que impulsan la fabricación nacional y se confía que seguirán contribuyendo en la medida que los laboratorios intensifiquen

su capacidad de producción.

Para aquellos medicamentos que por su complejidad de elaboración no pueden ser producidos localmente, tales como los bioestáticos, la insulina, drogas para anestesia, occitócicos, sueros antiofídicos, etc., el Ministerio realiza importaciones directas que se venden a precio de costo a las instituciones y a particulares a través de las Jefaturas Provinciales de Salud.

3.7. ACUA POTABLE Y ALCANTARILLADO

Es conocido el notorio déficit de agua potable y alcantarillado que presentaba y todavía presenta el país en términos de cobertura nacional y por áreas urbana y rural, ocasionado - por muchas décadas de desatención gubernamental. Hasta antes de la iniciación del actual Gobierno no había una política unitaria para enfrentar el problema y la solución muchas veces fue la presencia de partidas presupuestarias, parceladas y de insuficiente magnitud para muchos proyectos que requerían inversiones cuantiosas.

La política del Gobierno de las Fuerzas Armadas en este campo se basó en la realización de las siguientes acciones estratégicas:

- Incrementar y mejorar las posibilidades técnicas, administrativas y financieras del IEOS, dotándolo de recursos técnicos apropiados y de recursos financieros provenientes de empréstitos blandos (BID) o de recursos del petróleo.
- Determinar áreas prioritarias de atención en aquellas localidades urbanas en que habían recursos financieros de la comunidad a través de Municipios y Consejos Provinciales.

- Establecer proyectos de construcción de sistemas de agua potable y alcantarillado para localidades de hasta 5.000 habitantes de población concentrada, con empréstitos recuperables.
- Establecer proyectos de unidades de agua y programas de dotación de bacinetes "tipo campesino" o letrinas para áreas rurales con fondos de inversión no recuperable.

El cumplimiento de estas acciones ha dado como resultado que desde 1973 a 1977 se han realizado las siguientes obras cuya cobertura se comenta en el capítulo respectivo.

DISEÑO Y/O CONSTRUCCION DE PROYECTOS DE SISTEMAS DE AGUA
POTABLE Y ALCANTARILLADO 1973 - 1977

	Terminado	En proceso	Total
Diseños de agua potable	174	197	371
Diseños de alcantarillado	58	98	156
Const. sistemas de agua	118	138	256
Const. sistemas alcantar.	20	58	78

Por otro lado se ha efectuado la construcción de 258 unidades de agua para una población total de 500.000 habitantes, al mismo tiempo que se han instalado 10.000 letrinas y una cantidad parecida de bacinetes tipo campesino.

Conviene destacar que una buena cantidad de proyectos de agua y alcantarillado corresponde al período de 1976 - 1977, gracias al apoyo decisivo otorgado por el Gobierno Nacional para la consecución del respectivo financiamiento.

3.8. CONTROL Y MEJORAMIENTO DEL MEDIO AMBIENTE

La Subsecretaría de Saneamiento a través de la División de

Saneamiento Ambiental, es la encargada de las acciones de con trol y mejoramiento del medio ambiente, con el fin de mante - ner o preservar el medio ambiente ecológico libre de contami - nación en sus diferentes eco-sistemas y especialmente aire, agua y tierra.

Para tal efecto ha instalado ocho estaciones de control de po lución del aire en algunas provincias del país dentro del pro grama PANAIRE, al mismo tiempo que guarda estrecha coordina - ción con el INHERI para determinar los grados de contamina - ción de las fuentes superficiales de agua prevenida o contro - lada con los recursos actuales de la tecnología moderna. Pa - ra este programa específico se han instalado 43 estaciones - para el control de desechos sólidos.

Aunque no es parte de este capítulo, vale informar que, ade - más el TEOS ha colaborado estrechamente con algunos Munici - pios del país, otorgándoles préstamos para sistemas de dispo - sición de desechos sólidos; compras de carros recolectores, construcción de mataderos y construcción de mercados. Los - Municipios de Cuenca, Portoviejo, Ambato, entre otros, han - sido beneficiarios de esta acción.

3.9. SISTEMA REGIONALIZADO DE SERVICIOS

3.9.1. Fundamentos Conceptuales

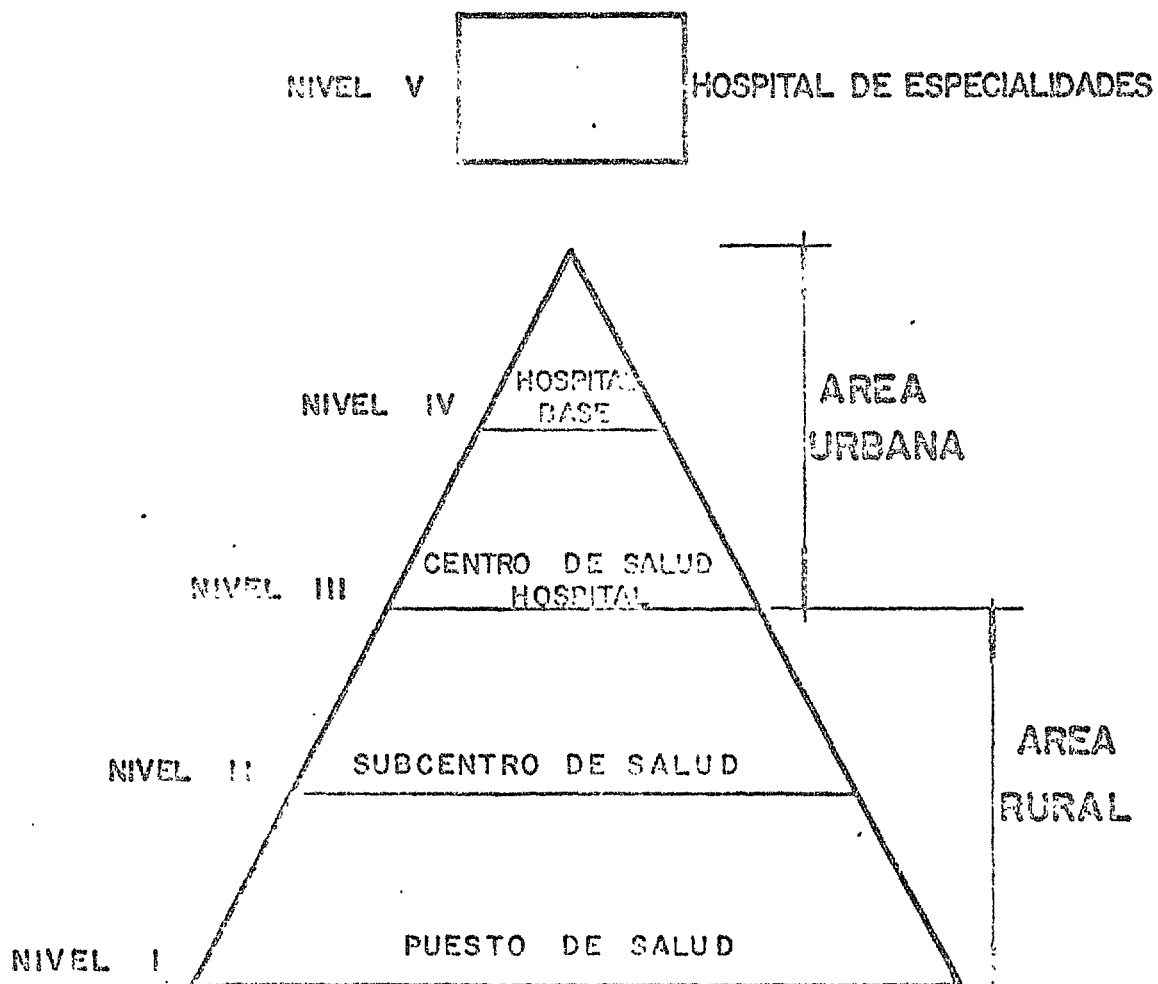
El Sistema Regionalizado de Servicios de Salud, que se ha propuesto y está en desarrollo en el Ecuador, se basa en los siguientes fundamentos conceptuales.

- 1) Organizar y desarrollar los establecimientos de salud dentro de cada provincia (Región de Salud) de acuerdo con normas, procedimientos y técnicas

uniformes tanto de orden técnico como administrativo y apropiados a su tipo de personal, implementación y funciones asignadas.

- 2) Definir para cada tipo de establecimientos los correspondientes niveles de atención, es decir la forma de utilización de tecnologías o combinación de tecnologías desde la más sencilla hasta las más complejas, para dar una prestación acorde con las necesidades.
- 3) Vincular verticalmente los servicios a través de los sistemas de referencia; planificación, supervisión, investigación y evaluación.
- 4) Realizar un amplio proceso de centralización normativa y de descentralización ejecutiva y administrativa, con el fin de facilitar la gestión técnico-administrativa.
- 5) Definir y asignar áreas de cobertura específicas para cada tipo de establecimiento; y desarrollar en ellas la correspondiente programación identificada por áreas programáticas, en términos de: Organización y Desarrollo de la Comunidad; Servicios a las personas a través de subprogramas de: Salud Materno Infantil y Bienestar Familiar. Atención Médica de Recuperación o Atención Sintomática según corresponda al tipo de nivel de atención; servicios de atención al medio ambiente; - servicios de apoyo administrativo y técnico; actividades de docencia; y, actividades de investigación.

- 6) Establecer nacional y regionalmente un amplio marco de coordinación con otros establecimientos o sistemas de salud dependientes de la Seguridad Social, Fuerzas Armadas, etc. para mejorar la prestación.
- 7) Definir asimismo, los diferentes grados o escalones de los servicios para la realización de acciones de docencia de pre y postgrado, colaborando entonces con las facultades de ciencias de la Salud.



3.9.2. El Proceso de Regionalización

La definición de los elementos conceptuales indicados ha tenido su aplicación en las diferentes acciones de adecuación de todos los subsistemas directamente comprometidos en el proceso de regionalización, a través de un conjunto ordenado de etapas que se están superando sistemáticamente, encontrándose en la actualidad al finalizar la etapa de preparación.

Las acciones de preparación más relevantes han sido efectuadas en los siguientes subsistemas:

a) Subsistemas de Información.

Se ha elaborado y llevado a cabo la programación e implementación de las siguientes áreas:

- Desarrollo de la información de enfermedades transmisibles y cuarentenables;
- Desarrollo de la información de producción de actividades de todos los niveles con la característica de que los datos disponibles tienen una cobertura nacional al 100% de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y una oportunidad con no más de 30 días de atraso, circunstancia que ha favorecido la programación y evaluación de las actividades;
- Desarrollo de la información en Registros Médicos, la misma que fue preparada con la participación, de un Comité Intersectorial y se encuentra vigente en forma unificada en todos los establecimientos de Salud Públicos y Privados. La implantación de la Historia Clíni-

ca Unica, ha significado más de tres años de labor tesonera pero el esfuerzo es más que justificado con la utilidad que significa para el médico disponer de datos de historial médico registrados en formularios uniformes y técnicamente procesados y archivados.

- Uniformización de datos de hechos vitales, actualizándolos de acuerdo con una concepción moderna, especialmente en el caso del Registro del "Nacido Vivo". En este sentido se ha guardado una estrecha coordinación con el Registro Civil y el INEC.
- Se programó y ejecutó el Censo Nacional de Recursos de Salud y de Recursos Humanos, de mucha utilidad para la planificación de la salud.

b) Subsistema de Planificación y Evaluación.

La tarea cumplida en esta área, ha sido también significativa. Se ha elaborado el Plan Nacional de Salud, como parte del Plan Quinquenal de Transformación y Desarrollo del Gobierno Nacional. Este plan, de carácter indicativo contiene, la doctrina de salud y la Política de Gobierno en materia de salud, con propósitos, objetivos y metas claramente definidos, entre los cuales figura, el de preparar el sector para el establecimiento a plazo largo del Servicio Nacional de Salud como aspiración de la colectividad ecuatoriana para la satisfacción plena de su derecho a la salud.

- Se preparó y difundió el denominado "Plan País" (1974-1977) que dispone de 14 programas elaborados con criterio de programación moderna

y de acuerdo a la apertura programática señalada en el Plan Decenal de Salud de las Américas aprobado en Chile en 1972 por los Ministros de Salud del Hemisferio.

- Se desarrolló una metodología para desagregar el contenido de la programación global del Plan País, en las regiones de salud y luego en las localidades y establecimientos, como instrumentos apropiados para facilitar la ejecución y evaluación.
- Se elaboró 2 solicitudes al BID con una programación tendiente a extender la cobertura de los servicios hacia las áreas rurales. La segunda se encuentra actualmente en trámite de negociación para la consecución del respectivo empréstito.
- Se realizó dos evaluaciones de la ejecución. La primera en 1975 y la segunda a fines de 1977, la misma que sirve de base para la formulación del segundo Plan Quinquenal de Salud, actualmente en elaboración.

c) Subsistema de Administración financiera.

Con la iniciación y puesta en marcha de la unidad de Auditoría Interna, se marca un hecho importante para el mejoramiento de la gestión financiera tanto de la administración Central como de la Regional y establecimientos.

Se ha terminado ya la fiscalización de todas las

Jefaturas y las correspondientes observaciones han permitido sentar las normas para el mejoramiento de la administración financiera en todas las regiones de salud, contando para ello con la participación de una unidad de asesoría administrativa de reciente creación en el despacho del Ministro.

d) Sistema de Abastecimientos

La unidad de Asesoría administrativa se encuentra ultimando los detalles de una amplia programación dirigida a racionalizar el proceso de adquisición, almacenamiento, distribución y utilización de los diferentes insumos necesarios para la prestación de salud.

e) Subsistema de Personal.

El necesario como lógico crecimiento de los servicios, produjo un incremento paralelo de personal a todo nivel, a tal punto que de una planilla estimada para 1972 en alrededor de 4.000 trabajadores, ha crecido a cerca de 17.000 con todas las características y problemas de carácter administrativo que entraña tan voluminoso personal.

Con el objeto de atender eficientemente la administración de personal, se creó la Dirección Nacional en el sector salud y se ha reorganizado las oficinas provinciales, dotándolas del personal y equipo necesario.

Ha sido también preocupación especial del Ministerio el conseguir una mejor remuneración para el personal

de salud de todas las clases y categorías, así como el de dar la necesaria estabilidad acorde con el trabajo, la disciplina y el espíritu de colaboración con la prestación. Ambos objetivos se encuentran ampliamente satisfechos con el estudio y planificación del nuevo Manual de clasificación de los cargos de salud, recientemente aprobado y expedido para su aplicación inmediata.

Considero que este trabajo elaborado como "Plan Piloto" entre la Dirección Nacional de Personal y el Ministerio, marca un hito de imponderable valor para el progreso y evolución del sistema de salud.

f) Subsistema de Referencia.

Este subsistema es de mucha importancia para la regionalización de servicios. Dentro de cada región de salud se encuentra organizándose de acuerdo con la norma nacional y las condiciones específicas de accesibilidad física a los servicios, así como de especial actitud de la demanda.

En la práctica, la aplicación del sistema de referencia que significa un paso fundamental en la evolución de los servicios, de la modalidad de calidad tradicional, a los de atención por derecho, encuentra una serie de barreras que dificultan su implantación, para lo cual se están estudiando las medidas de comunicación social que son necesarias para orientación al personal en el acto de transferir pacientes o atenderlos en caso de ser referidos a sus servicios.

g) Subsistema de Supervisión.

El gran crecimiento en superficie de los servicios y la complejidad del proceso administrativo y técnico, que deben cumplir de acuerdo a las normas expedidas, exigen que el sistema orgánico y desarrolle eficientemente este subsistema de supervisión el mismo que en la actualidad se ha visto restringido por carecer de personal y equipo de movilización adecuado.

No obstante se ha logrado que haya cada vez más regiones de salud como las de Tungurahua, Cotopaxi, Pichincha, Imbabura, El Oro, Loja y últimamente Guayas en las que se nota un incremento de las actividades de supervisión con notorios resultados de beneficio en la producción, rendimiento y calidad de la atención.

h) Subsistema de Enfermería

Este subsistema es también muy importante para el éxito del sistema de servicios y de la prestación de salud.

Los dos últimos años del Gobierno de las Fuerzas Armadas han desarrollado en forma importante este subsistema, tratando en lo posible de incrementar el número escaso de las enfermeras profesionales y del personal de auxiliares de enfermería, así como de desarrollar una programación tendiente a mejorar la calidad de la atención y cuidados ofrecido por este personal.

Con este objeto se han realizado cursos de capacitación

citación, adiestramiento en servicio y seminarios de actualización y perfeccionamiento, tanto de carácter nacional como internacional; se han revisado las funciones del personal de enfermería a todo nivel y se han elaborado los respectivos manuales de atención, procurando que estén de acuerdo con la naturaleza de las funciones y del nivel de atención en que les corresponde prestar su colaboración.

Se han creado dos nuevas Escuelas de Enfermería - en Loja y Manabí, que duplicarán el número de egresadas a partir de 1980.

Los ideales del Ministerio en este campo, se han visto restringidos por la fuga constante de este personal hacia otras instituciones que como el IESS disponen de mayores facilidades para una mejor remuneración. Esperamos que la aplicación del nuevo Manual de Clasificación de Puestos, disminuya o atenúe en buena parte este problema, lo cual redundará en el mejoramiento de nuestros servicios.

i) Subsistema de Atención Médico Social

Todos los subsistemas antes mencionados son tributarios de éste que es en definitiva el más impor tante ya que es el que establece el contacto directo con la persona sana o enferma a los efectos de la prestación.

Se han definido las normas de atención en obstetricia y pediatría; se han expedido las normas - de atención médica o sintomática según el caso y

se encuentra en preparación las normas de atención en clínica interna y cirugía, como pilares fundamentales de todo el sistema.

Al mismo tiempo se ha realizado la conformación del Reglamento Interno de Hospitales, Departamentalización, etc., todo lo cual es imprescindible para la acción sistemática que se ha propuesto y que en forma ordenada pero progresivamente creciente nos proponemos realizar en todas las regiones de salud.

La tarea ha sido ardua, pero lo será más en el futuro, en la medida que se siga ampliando este proceso a todas las regiones de salud del país sin lo cual no será posible llegar al cumplimiento de nuestro principal propósito: disponer del servicio nacional de salud a tono con lo dispuesto entre líneas por la nueva Carta Política recientemente aprobada por el pueblo ecuatoriano.

4. COBERTURA DE SALUD

4.1. La protección de la Salud Materno Infantil ha constituido una de las áreas prioritarias de la gestión político-administrativa del Ministerio de Salud Pública.

En el programa de Salud Materno Infantil y Bienestar Familiar como componente del Plan País, se establecieron metas para ser cumplidas en el período 1973-1977.

Como se puede observar en los cuadros siguientes, el cumplimiento de las metas en el período alcanzó progresos significativos.

4.1.1. Control Prenatal

La meta alcanzada en 1972 fue de 43.1%; en sólo 4 años (1976) la efectividad de los servicios casi se duplicó al 77%. Este hecho es aún más notable si consideramos que las metas anuales tienen también incrementos progresivos.

En valores absolutos, las embarazadas controladas pasaron de 26.005 en 1972 a 62.000 en 1977, lo que significa un incremento de 257% con relación a 1972.

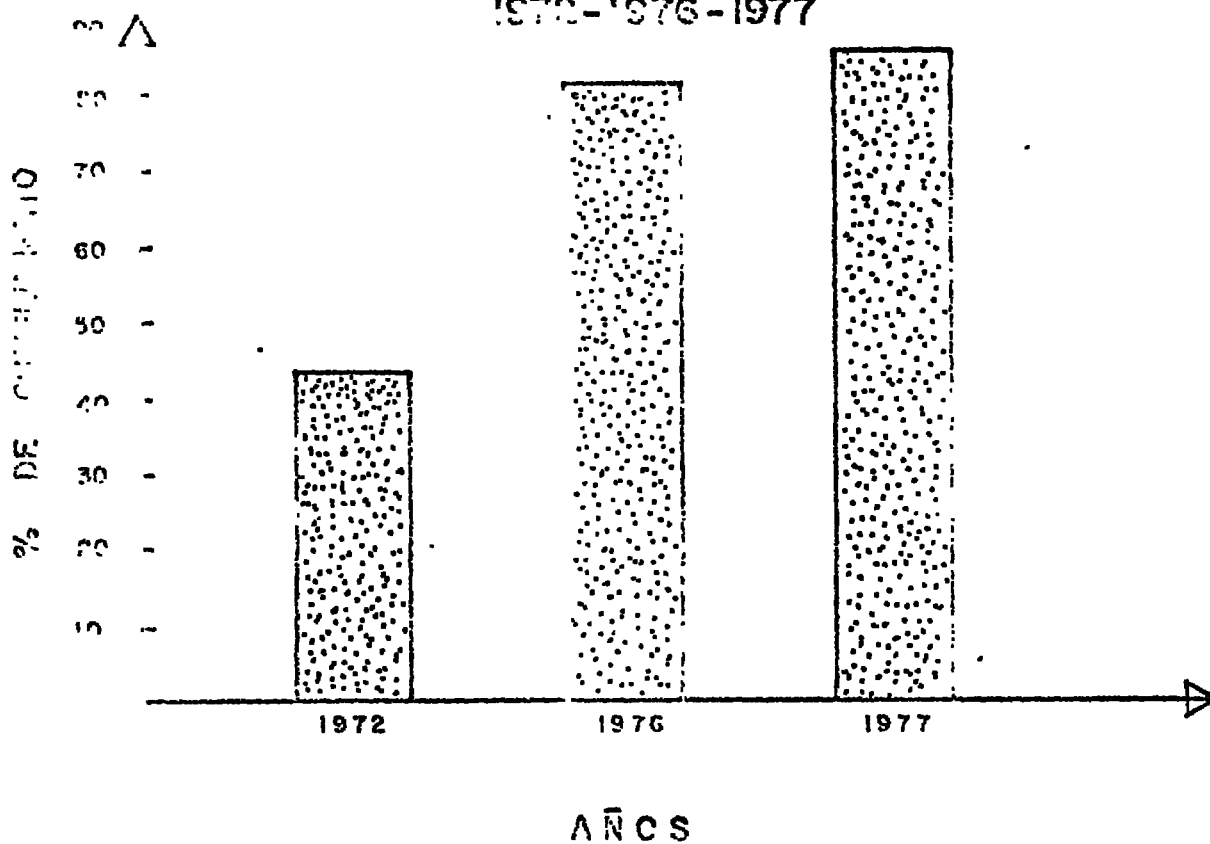
En 1977 los servicios del Ministerio de Salud Pública atendieron 7.124 embarazadas más que en el año anterior es decir, hubo un incremento del 8% con relación a 1976.

El número total de consultas dadas a estas personas fue 69.023 en 1972 y 213.670 en 1977. En porcentaje el incremento fue de 210%.

CONTROL PRENATAL

	1972	1976	1977
Meta	60.379	105.589	108.941
Embarazos controlados	26.005	85.776	92.900
Porcentaje cumplimiento	43.1	81.3	85.3
TOTAL DE CONSULTAS	69.023	186.235	213.670

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE META
EN CONTROL PRENATAL
1972-1976-1977



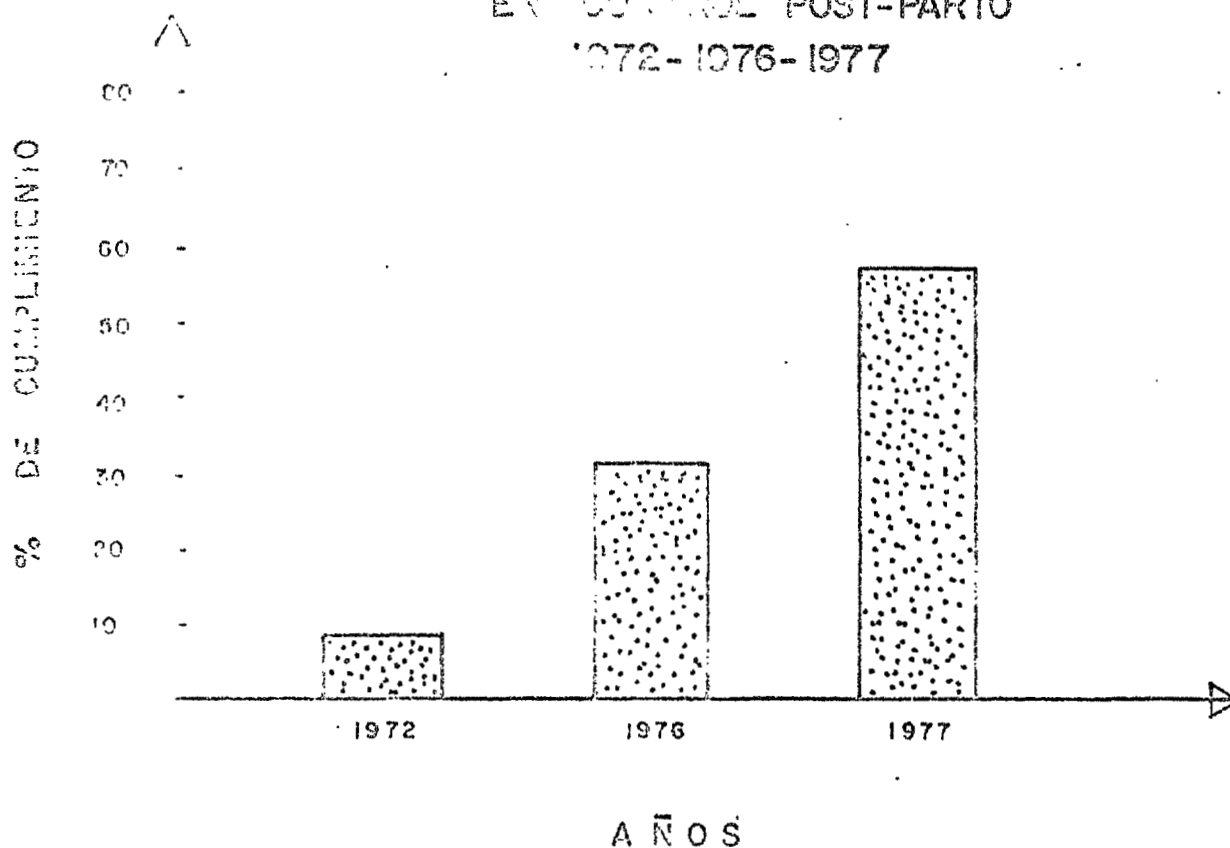
4.2.2. Control Post-parto

En esta actividad, en 1972, se atendió a 2.204 personas; en 1976 a 16.442; y en 1977 a 23.202, con un incremento porcentual de 646% para el período 1972-1976.

CONTROL POST-PARTO

	1972	1976	1977
Meta	25.052	53.578	41.463
Post-partos controlados	2.204	16.442	23.202
Porcentaje cumplimiento	8.8	30.7	56.0
TOTAL DE CONSULTAS	4.838	22.445	36.430

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE META
EN CONTROL POST-PARTO
1972-1976-1977



En 1977 se atendieron 6.760 personas más que en el año anterior, es decir, un incremento de 41% en sólo un año.

El total de consultas fue de 4.838 en 1972; y de 36.430 en 1977, siendo el incremento de 653% en dicho período.

4.1.3. Regulación de la Fecundidad.

Esta actividad se inició en 1972 en algunos servicios del Ministerio de Salud Pública. Como se observa en el cuadro correspondiente, la cifra de usuarias nuevas ese año fue de 8.354, y por no haber fijado la meta, la caslla "porcentaje de cumplimiento" se halla en blanco.

En 1976 adoptaron algún método anticonceptivo 19.200 usuarias nuevas a través de los servicios del Ministerio de Salud Pública, lo que significó el 46.2% del cumplimiento de la meta de este año. En 1977 lo hicieron 28.870 es decir, se alcanzó el 64.5% de la meta con un incremento porcentual de 24.6% para todo el período 1972-1977.

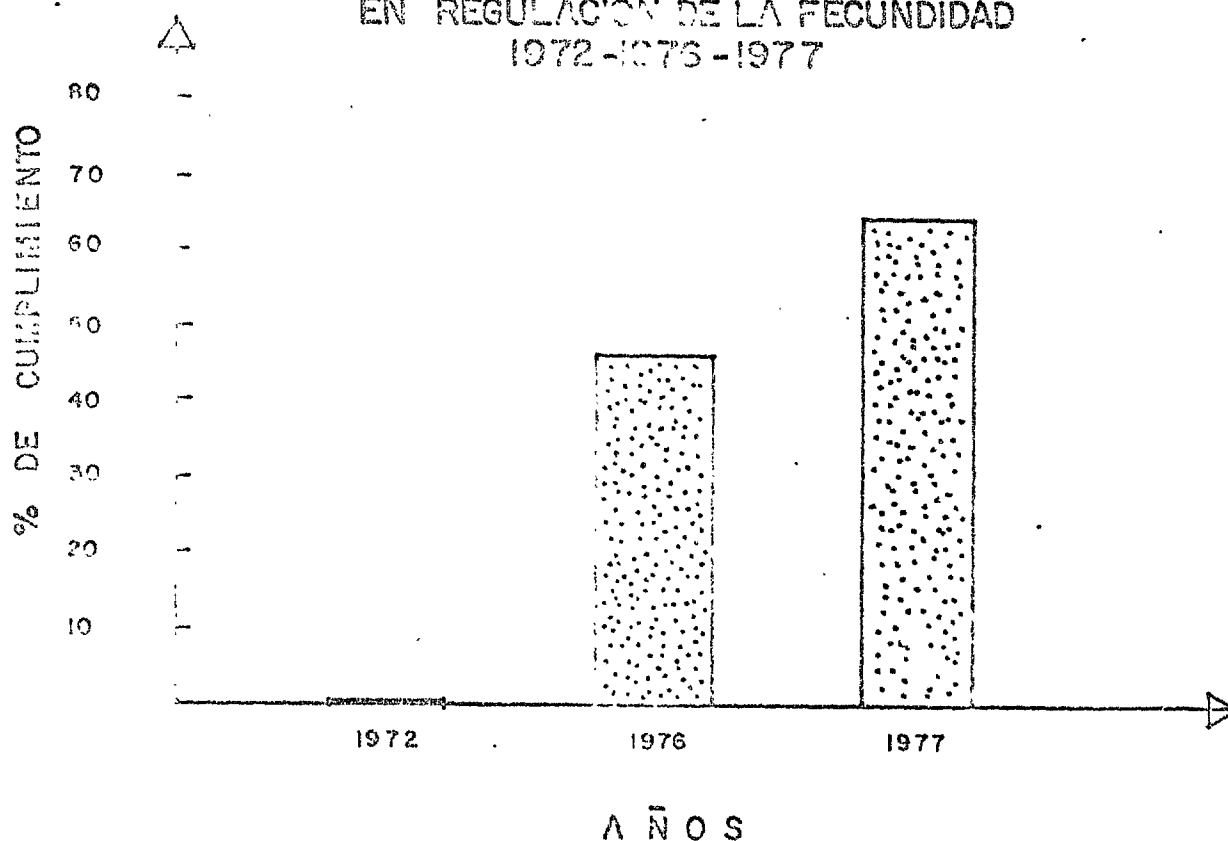
Además en 1977 se produjo un incremento del 50% en relación al año anterior, Cabe consignar que de acuerdo con la posición oficial del Gobierno y por ende del Ministerio de Salud Pública enunciada en 1974 en Bucarest, los servicios de Regulación de la Fecundidad son parte integrante de la prestación de Salud Materna y deben estar a disposición de todas las parejas que libre y espontáneamente lo soliciten para promover la salud, pero no el control demográfico.

Esta circunstancia ha determinado que la fijación de metas para esta actividad sea mucho más restringida en la mayoría de países latinoamericanos y que las coberturas en relación a las mujeres en edad fértil; 1.2% para 1976 y 1.7% para 1977, signifiquen de ningún modo una modificación en el comportamiento de la fecundidad en el país.

REGULACION DE LA FECUNDIDAD

	1972	1976	1977
Meta	--	41.600	44.793
Usuarías nuevas	8.354	19.200	28.870
Porcentaje cumplimiento	--	46.2	64.5
TOTAL DE CONSULTAS	42.980	101.230	95.962

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE META
EN REGULACION DE LA FECUNDIDAD
1972-1976-1977



4.1.4. Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino (D.O.C.)

En 1972 esta actividad se desarrollaba en forma esporádica y de acuerdo a la demanda espontánea. En 1974 se establece esta actividad como una acción de rutina dentro de los programas de salud Materna y Bienestar Familiar.

En 1976 se realizan 9.800 tomas de Papanicolaou, datos sin cobertura nacional y en 1977, se practicaron 35.237 tomas de muestra lo que significa un incremento del 260%.

En realidad el mejoramiento de la recolección en el último año incide significativamente en la cifra anotada.

4.1.5. Control Infantil, Menores de Un Año.

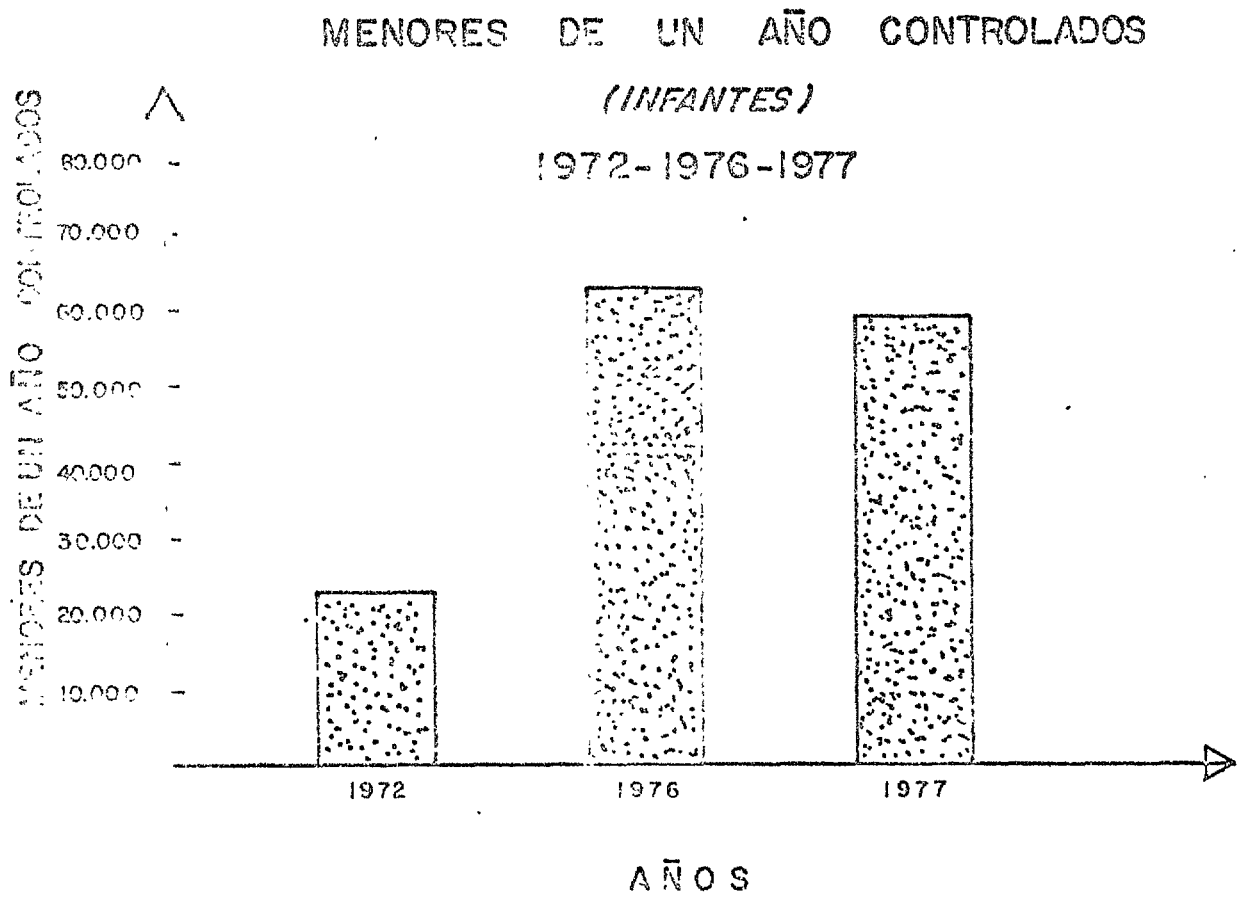
El control de los menores de un año, en el año 1972 se realizó por demanda espontánea y la cifra de niños controlados en 1972 fue 22.741.

En 1976 esta cifra se triplicó: 63.988 niños bajo control, es decir, el 36.0% de la meta fijada en el Plan País, en 1977 se mantiene aproximadamente igual.

Con respecto al total de consultas, en 1972 se realizaron 46.725; en 1977 prácticamente se triplicaron a 109.609; lo que significa un incremento de 135% para este período.

CONTROL DE MENORES DE UN AÑO

	1.972	1.976	1.977
Menores de un año Controlados	22.741	62.988	58.928
Total de consultas	46.725	110.863	109.609



4.1.6. Control a Niños de 1 - 5 años

En 1972, tampoco existía programación para esta actividad y los datos de producción, 26.630 preescolares controlados, son el resultado de la demanda espontánea.

En 1977 se controlaron 62.014 preescolares con un incremento del orden del 133%, para el período.

Con respecto al total de consultas en 1972 se realizaron 51.912 y en 1977 se llegó a 126.339 lo que significa un incremento del 143%.

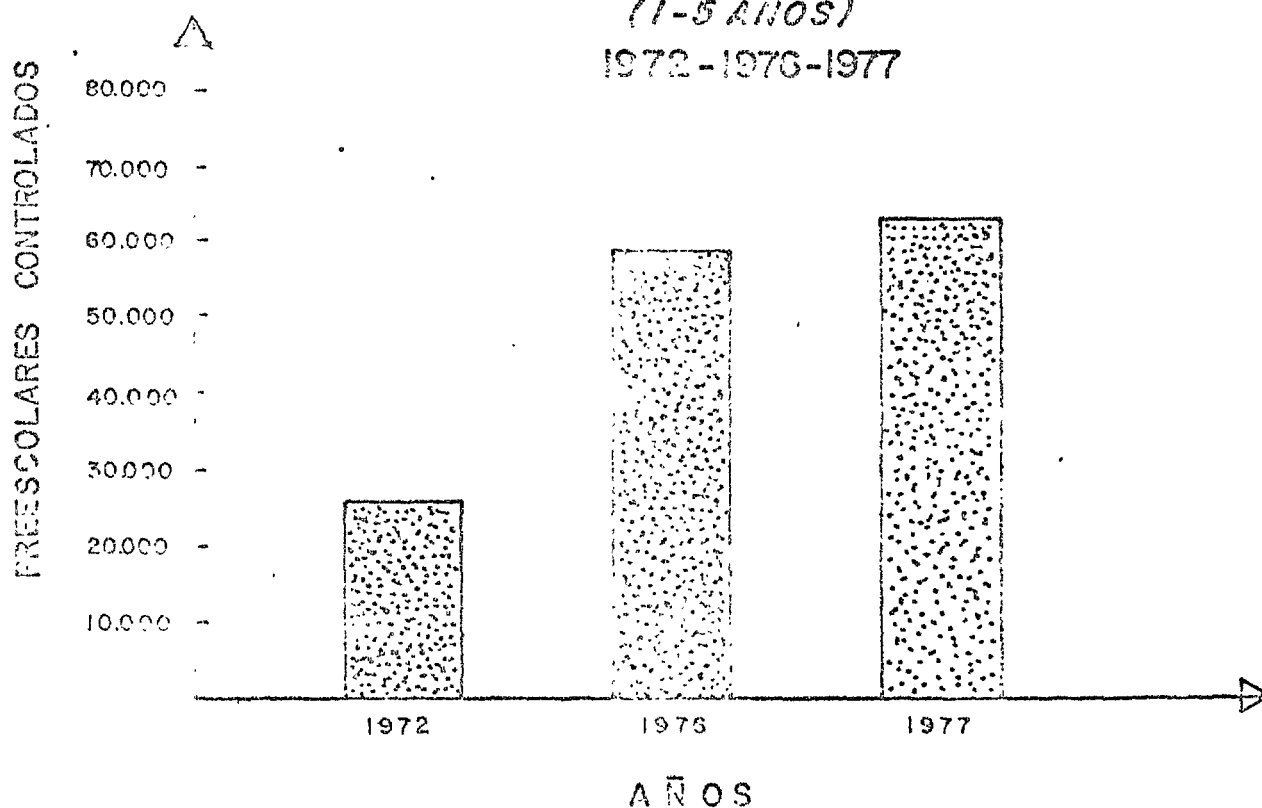
CONTROL A NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS

	1972	1976	1977
Preescolares controlados	26.630	58.112	62.014
TOTAL DE CONSULTAS	51.912	107.175	126.339

PREESCOLARES CONTROLADOS

(1-5 AÑOS)

1972-1976-1977



4.1.7. Control a Niños de 6 - 14 años.

La cifra de escolares controlados registrada en 1972 fue de 63.081. En 1977 prácticamente se duplicó esta cifra a 111.969, lo que significa un incremento del 78%.

Con respecto al total de consultas en 1972 se realizaron 75.047; en 1976 se hicieron 139.340; y 134.127 en 1977.

En el período 1972 a 1977 se alcanzó un incremento 79%.

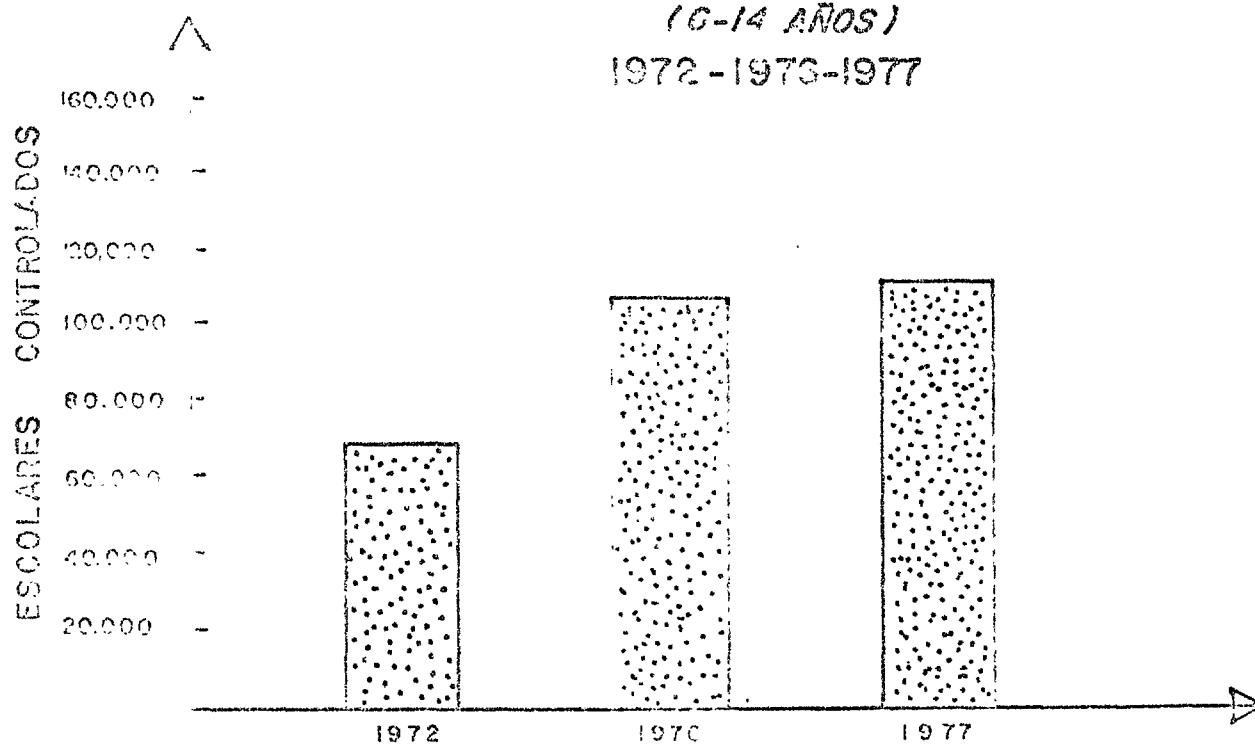
CONTROL A NIÑOS DE 6 - 14 AÑOS

	1972	1976	1977
Escolares controlados	63.081	107.669	111.969
TOTAL DE CONSULTAS	75.047	139.340	134.127

ESCOLARES CONTROLADOS

(6-14 AÑOS)

1972-1976-1977

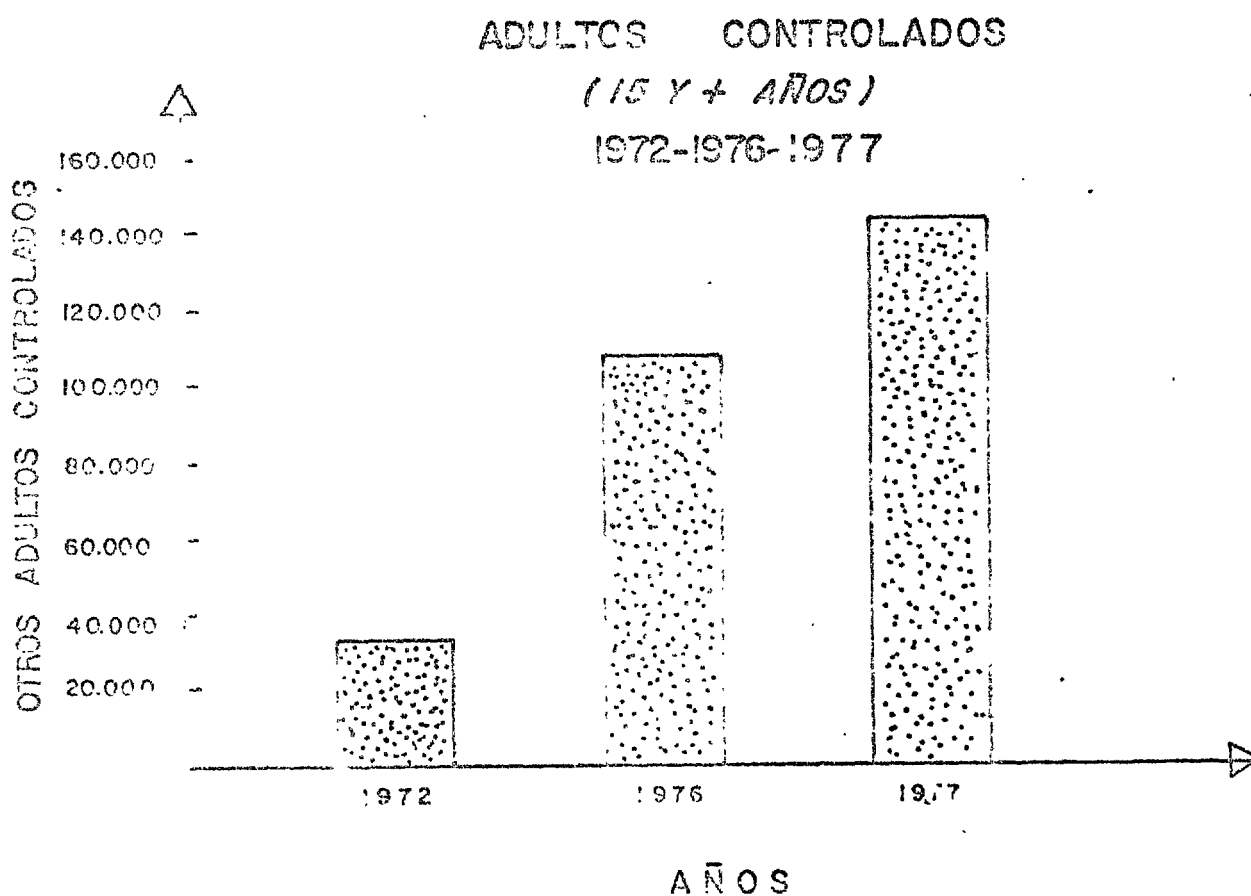


4.1.8 Control a personas de 15 y más años

Este componente del plan de salud, comprende realizar controles a las personas de 15 y más años, a través de exámenes médicos previos a actividades de manipulación de alimentos, actividad física intensa, etc.

CONTROL A PERSONAS DE 15 Y MAS AÑOS

	1.972	1.976	1.977
Personas examinadas	34.921	107.013	143.235
Total de consultas	54.988	151.323	246.629



En 1972 se examinaron a 34.921 personas y en 1976 se llegó a 107.013 lo que da un incremento de 20.6% para el período. El incremento de un solo año 1976 a 1977 fue de 34%.

En relación al total de consultas brindadas a estas personas la cifra fue de 54.988 en 1972; 151.323 en 1976 y 246.629 en 1977, expresado porcentualmente el incremento de 1972 a 1976 fue de 175%. En el año de 1977 se produjo un aumento de 63% en relación al año anterior.

4.1.9. Nutrición

4.1.9.1 Alimentación complementaria

Ha sido y es preocupación y tarea constante del Ministerio de Salud Pública dar solución a los problemas relacionados con la Nutrición de la población ecuatoriana.

A partir de 1974 se dio inicio a la programación y ejecución de actividades con el propósito de controlar las carencias específicas, proporcionar educación nutricional a la población y reglamentación y control de los servicios de alimentación y dietética hospitalaria. Como infraestructura de apoyo al programa de asistencia alimentaria se ha construido e instalado una planta industrial que procesa el producto.

De acuerdo a normas establecidas, el complemento alimentario se entrega mensual y gratuitamente: a las embarazadas bajo control hasta la terminación del embarazo; a las madres lactantes hasta 6 meses después del parto; a los niños de 6 a 12 meses de edad con riesgo de desnutrición hasta que cumplan dos años; y a los niños desnutridos, cualquier grado, de 0 a 6 años de edad, durante un año.

En el año 1976 se beneficiaron con este programa 57.125 personas, aumentando en 1977 a 101.904, es decir en un solo año se produjo un incremento del 78%.

4.1.9.2 Bocio Endémico

Según estudios realizados en 1972 el índice nacional de prevalencia del bocio era de 24.3%. En los años 1976-1977 esta prevalencia descendió a 16.5% gracias a la promoción y control para el uso de sal yodada en la alimentación.

En 1972 apenas un 60% de la producción total de sal contenía yodo, mientras que en 1977 alcanza el 90%.

NUTRICION

		1972	1976	1977
Alimentac. Complement.	Meta	0	432.760	448.897
	Beneficiarios	0	57.125	101.904
	Porcentaje cumplimiento	0	13.2	22.7
Efecto	Prevalencia	24.6	16.5	
	Población consumo de sal yodada	60 %	70.5%	90.2%

4.1.10. Inmunizaciones

El Ministerio de Salud Pública ha dado mayor énfasis a las acciones de prevención y protección de la salud, - cambiando radicalmente el concepto tradicional de los servicios de salud orientados específicamente a la recuperación y a la prestación brindada en sentido de caridad.

Los programas de vacunación se han venido realizando - en los años recientes a través de campañas verticales, con poca coordinación y escaso aprovechamiento de la infraestructura existente.

Por otro lado el esquema de vacunación por edades es administrativamente inadecuado y de alto costo, especialmente en el área rural dispersa.

Esta situación lleva en 1977 a una evaluación, reajuste y reprogramación del programa de inmunización, orientán

dolo con criterio epidemiológico y de coordinación efectiva para la utilización de la infraestructura de servicios, surgiendo de esta manera el concepto de "Programa Ampliado de Inmunizaciones" (PAI) iniciado con extraordinario éxito en la provincia de Manabí y que se ha extendido a cinco regiones de salud del país.

Paulatinamente se irá extendiendo al resto de regiones.

Cabe mencionar que la ejecución del Programa PAI en el Ecuador ha concitado interés internacional tanto de parte de la OMS., como de algunos países, por lo cual se han realizado ya dos reuniones de tipo internacional, al mismo tiempo que se ha solicitado al país información sobre la experiencia observada y existencia con materiales de confección nacional utilizados con ese objeto.

4.1.10.1 Viruela

En el año 1972, a través de campañas verticales y/o de mantenimiento se vacunaron 50.612 personas. En el año 1976 lo hicieron 380.318 y en 1977 se administraron 183.553.

Estas cifras no significan un decrecimiento del servicio para ese año, sino que obedecen a que el Programa de Vacunación con Antivariólica es únicamente de mantenimiento para la nueva población susceptible.

PERSONAS VACUNADAS CON ANTIVARIOLICA

	1972	1976	1977
Personas vacunadas	50.612	380.318	183.553
Cobertura	--	85.6	39.8

4.1.10.2 Poliomielitis

Hasta 1967 en que comenzaron las campañas verticales de inmunización con vacuna Sabin, la poliomielitis presentaba características bien definidas: era cíclica con exacerbaciones cada dos años. El grupo más vulnerable lo conformaban los niños de menos de 3 años (85% del total). A partir de esa fecha la incidencia se hace más uniforme hasta 1975 en que nuevamente se eleva. Las personas correctamente vacunadas con tres dosis, contra la polio en el año 1972, alcanzaron la cifra de 153.880. Para 1976 fue de 78.075 y en 1977 esta cifra fue de 103.219. Las coberturas fueron para 1976 de 46.5% del grupo programático menor de 3 años y de 59.3 por igual período en 1977.

PERSONAS VACUNADAS CONTRA LA POLIOMIELITIS

	1972	1976	1977
Metas	--	168.000	174.200
Inmunizaciones completas	153.880	78.075	103.219
Porcentaje de cobertura	--	46.5	59.3

4.1.10.3 Tuberculosis

En forma sistemática se ha venido vacunando con vacuna B.C.G. en el país. Si bien, en el transcurso de 1972 no existía un programa definido, se vacunaron 87.230 personas menores de 20 años. En 1974, cuando se elaboró el Plan País se establecen metas completas. Para 1976 la meta era 822.400 menores de 20 años, y 851,400 para 1977.

Se vacunaron 195.220 en 1976 con un cumplimiento del 23.7% de la meta. Para el año 1977 el total de personas vacunadas fue de 313.262, es decir el 36.8% de la meta.

PERSONAS VACUNADAS POR B.C.G.

	1972	1976	1977
Universo	-	822.400	851.400
Inmunizado	87.230	195.220	313.262
Porcentaje de cobertura	-	23.8	36.8

4.1.10.4 Difteria, Tétanos, Tosferina.

Para el año 1972, al igual a lo que sucedía con el resto de las inmunizaciones no existía un Plan. A través de campañas verticales y por demanda espontánea se vacunan a 32.915 personas. En 1976, planificada la acción a partir de 1974, se propuso vacunar a 267.200 niños y se vacunaron

116.097 lo que da un cumplimiento del 44% de la meta. En 1977 la meta señalaba la vacunación de 277.200 niños de los cuales se vacunan 131.636 es decir el 48% de la meta.

PERSONAS VACUNADAS POR D.P.T.

	1972	1976	1977
Universo	--	267.200	277.200
Inmunizados	32.915	116.097	131.636
Porcentaje de cobertura	--	43.4	47.5

4.1.10.5 Sarampión

Sin lugar a dudas esta enfermedad ha sido una de las causas más importantes de mortalidad infantil y ha contribuido significativamente a la alta tasa de Mortalidad General. En efecto en 1972 el número de defunciones infantiles por sarampión fue de 3.444 y en 1975, último dato disponible, fue de 198 lo que significa una disminución de la mortalidad por esta causa de 94.2% . Esto se logró mediante una exitosa campaña de vacunación antisarampionosa realizada en el período 1974 - 1975 y que cubrió el 90% de la población susceptible. Nótese que en 1972 este tipo de vacunación se realizaba en el país únicamente a nivel de las consultas privadas.

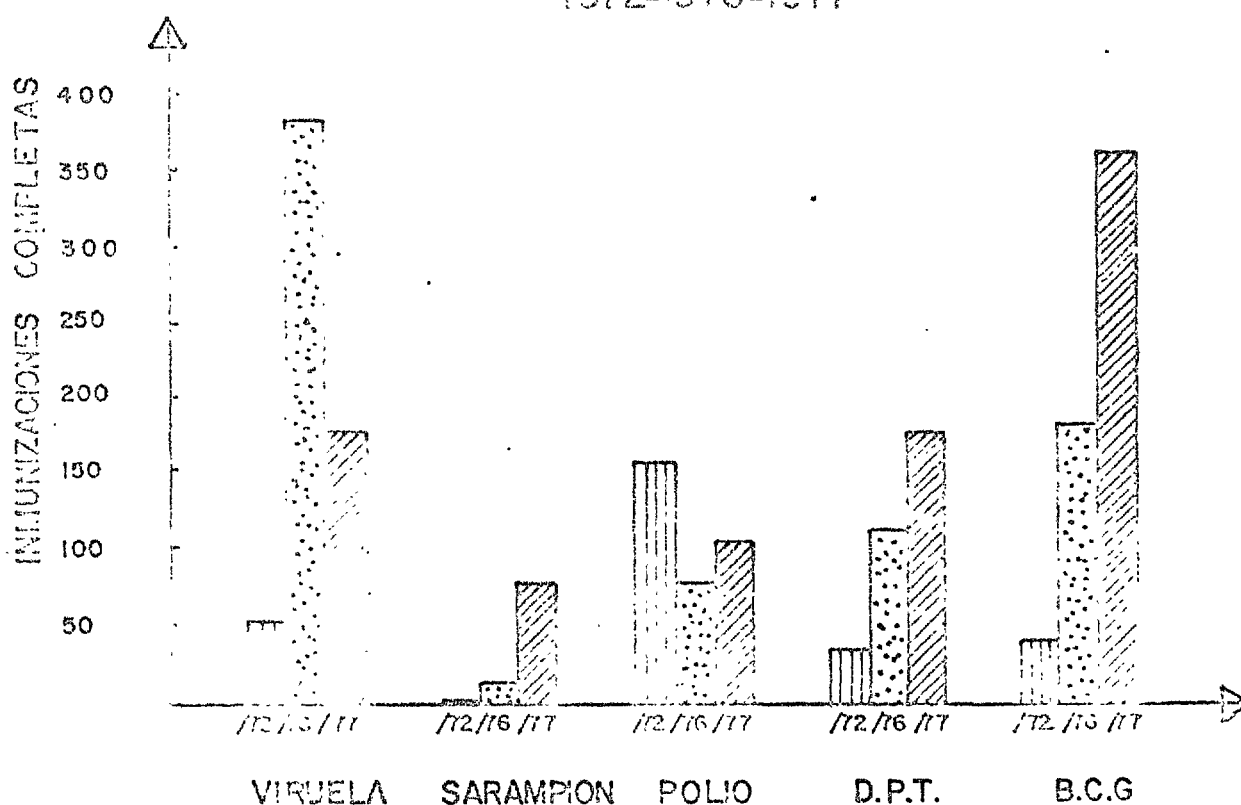
En 1976 y 1977 no se llega al cumplimiento de las metas programadas porque los laboratorios productores de vacunas durante esos años, tuvieron dificultades a nivel mundial en la entrega de vacunas y no fue posible su adquisición para consumo local.

PERSONAS VACUNADAS POR SARAMPION

	1972	1976	1977
Universo	-	168.000	174.200
Vacunados	356	17.717	66.116
Porcentaje de cobertura	-	10.6%	38.0%

INMUNIZACIONES COMPLETAS POR VACUNA

1972-1976-1977



4.1.11. Salud Bucal

En 1972, la Salud Bucal se atendió exclusivamente a la demanda espontánea.

A partir de 1974 en que se dió inicio al "Plan País" se comienza el programa de Prevención de las Caries Dental mediante la aplicación tópica del fluoruro de calcio y de enjuagatorio.

En 1972 el número de personas atendidas fue de 231.434

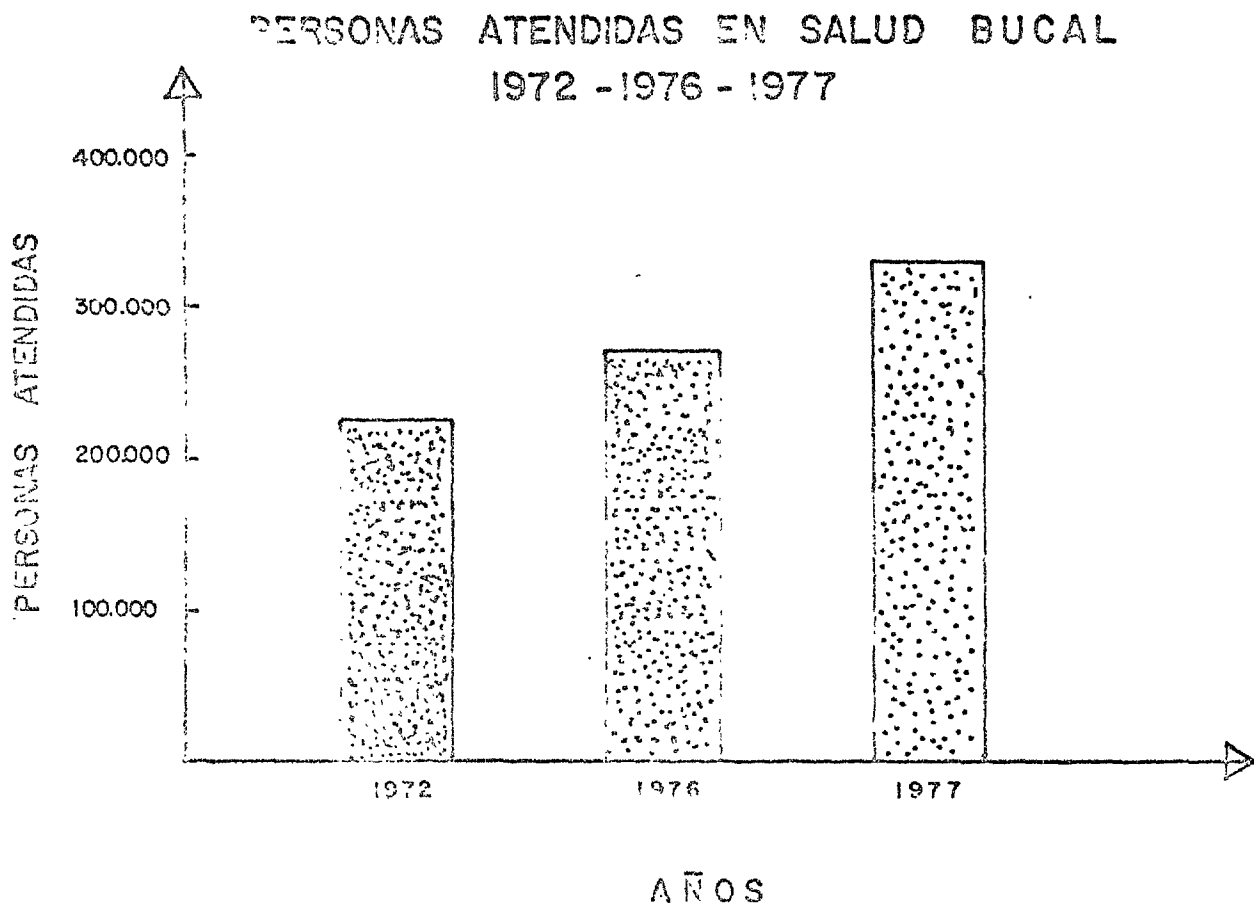
En 1976 se atendieron a 269.961 y en 1977 la cifra de personas atendidas en el Programa de Salud Bucal alcanzó a 337.415 lo que representa un incremento del 46% en el período 1972-1977.

El total de consultas para 1976 fue de 407.934 y en 1977 fue de 520.639.

En 1976 comenzó la aplicación de fluoruro de calcio y se realizaron 70.941 procedimientos enjuagatorios, en 1977 el total de procedimientos realizados alcanzó la cifra de 309.126.

SALUD BUCAL

	1972	1976	1977
Personas atendidas	231.434	269.961	337.415
Total consultas	--	407.934	520.639
Aplicación Fluoruro de Calcio	--	70.941	309.126



4.1.12 Medicina del Deporte

Ha sido preocupación del Ministerio de Salud Pública cada creación de servicios de Salud dirigidos a desarrollar la medicina del deporte, como una actividad importante para el fomento y protección de la salud.

Una importante realización ha sido la creación en Quito el año 1976, del Primer Centro de Medicina - para deportistas, en asocio con la Entidad rectora de la actividad deportiva de la Provincia de Pichincha.

Próximamente se crearán en otras provincias del país ser vicios semejantes, para atender a las necesidades de salud de los deportistas a nivel nacional.

Es importante destacar que este centro tuvo una actividad muy relevante con ocasión de la preparación técnica de nuestros atletas que participaron en la realización de los juegos bolivarianos que se efectuaron en La Paz-Bolivia, con notable éxito en muchas de las competencias.

4.2 RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD

4.2.1 CONSULTA EXTERNA

Como ya se dijo el Ministerio de Salud Pública estableció como estrategia incrementar la capacidad de oferta de sus servicios ambulatorios en todos los niveles y establecer el sistema de referencia dentro de sus servicios para dar accesibilidad tecnológica a sus pacientes de acuerdo con el tipo de atención requerida.

En consecuencia, se fijaron las bases y normas de atención para los servicios de consulta externa de todas las unidades operativas.

En 1972 la relación Consulta/habitante fue de 0.02. En 1976 esta relación fue de 0.21, es decir 10 veces más; y, en 1977 es de 0.22 el incremento de consultas para el período 1972-1977 fue de 956% .

Del cuadro anterior se desprende que el gran total de consultas de morbilidad para 1972 fue de 188.907; en 1976 fue de 1'835.911 y en 1977 fue de 1'947.457. Por lo tanto el incremento observado es de 931% en el período.

Como corolario final presentamos la relación de consultas externas dadas en los Establecimientos de Salud, entendiendo como tales solamente las ofrecidas por médicos, obstétrices y el personal profesional de enfermería. En el año 1972 se dieron 542.774 consultas a 292.176 personas. Esta cifra para 1976 fue de 2'654.522 consultas dadas a 1'351.119 personas y en 1977 el total de consultas alcanzó la cifra de 2'920.223 consultas a las que se atendieron 1'478.572 personas.

Las cifras antes expuestas revelan un crecimiento notorio en la labor del Ministerio de Salud Pública ya que si se toma como base el número de consultas dadas desde 1972 hasta 1977 el crecimiento fue del orden de 437%. Un incremento similar se nota en el número de personas atendidas cuyo crecimiento en igual período fue de 406%.

La relación total consulta/habitante incluyendo las de fomento en 1972 fue de 0.09 y en 1977 fue de 0.4 habitante/año.

El total de casos, diferentes patologías, atendidos fue de 108.240 en 1972; en 1977 hubo 957.454 casos lo que da un incremento de 785%.

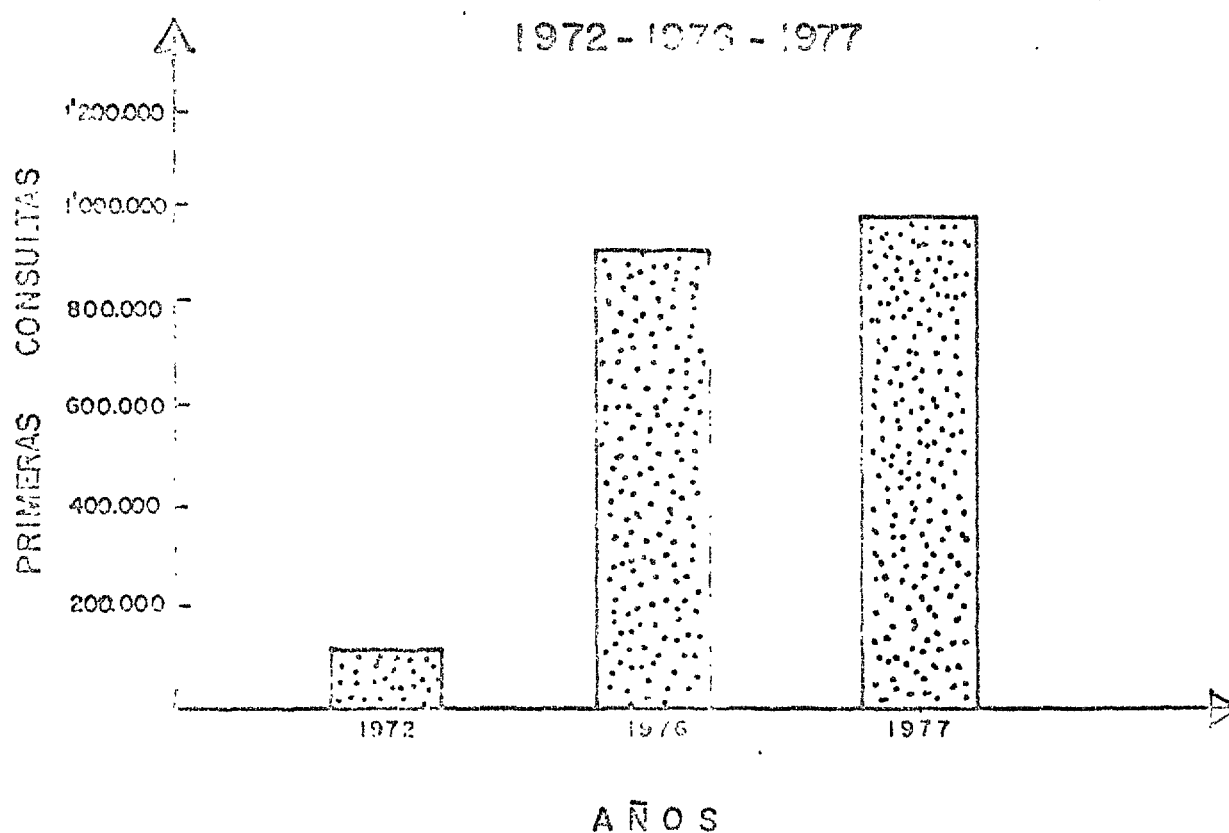
El total de emergencias atendidas en 1972 fue de 33.195 en 1976 esta cifra sube a 299.567% y en 1977 a 302.422 por lo que se alcanzó un incremento del orden del 811% en el período.

CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA MORBILIDAD

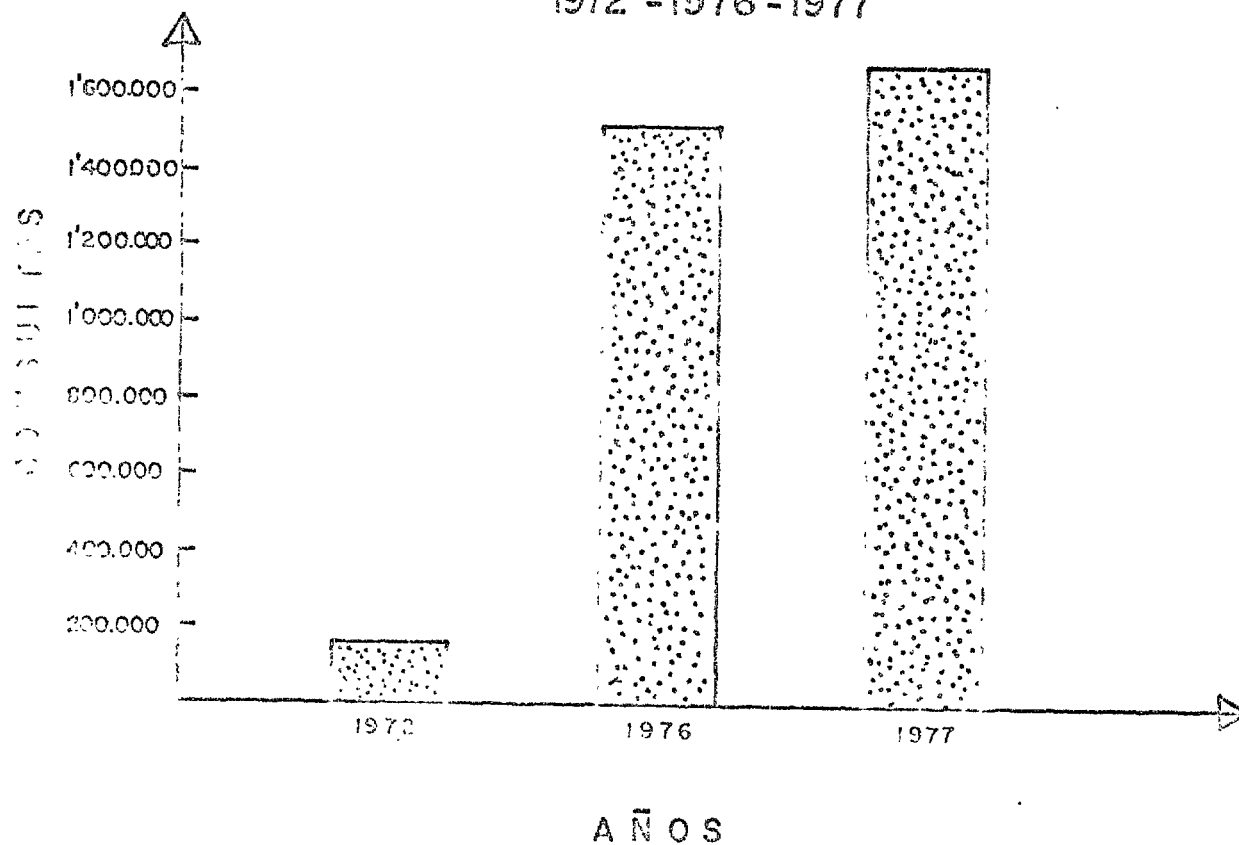
	1972	1976	1977
Casos atendidos	108.240	893.909	957.454
Total de consultas	155.712	1'536.344	1'645.035
Concentración de consultas	1.4	1.7	1.7
Emergencias	33.195	299.567	302.422
Total General	188.907	1'835.911	1'947.457

PRIMERAS CONSULTAS DE MORBILIDAD

1972 - 1976 - 1977



TOTAL DE CONSULTAS DE MORBILIDAD
1972 - 1976 - 1977



PERSONAS ATENDIDAS POR FOMENTO DE LA SALUD Y MORBILIDAD

1972 - 1976 - 1977

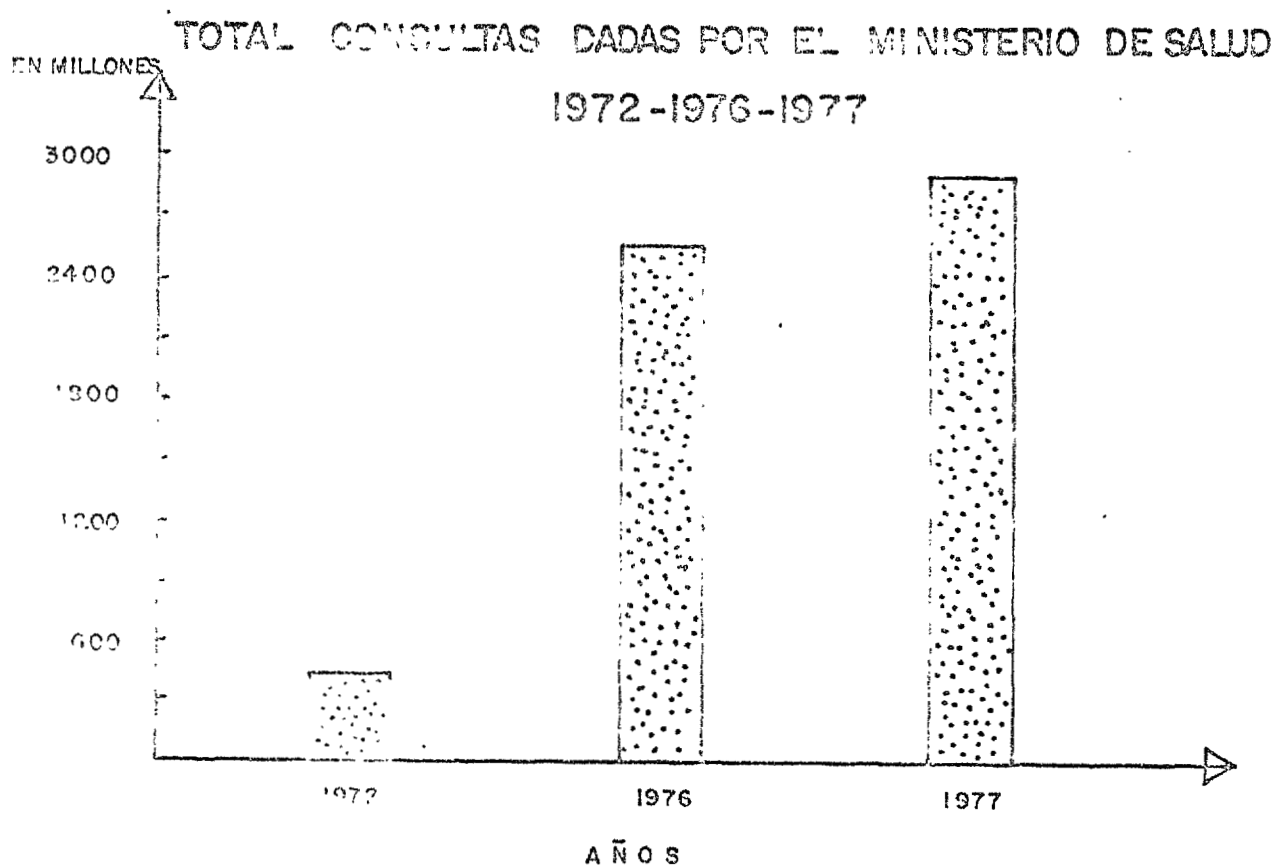
	1972	1976	1977
Personas atendidas por Fomento de la Salud	183.936	547.210	521.118
Personas atendidas por Morbilidad	108.240	893.909	957.454
Total casos atendidos	299.176	135.119	1'478.572

* Se incluye el número de casos atendidos en Emergencia.

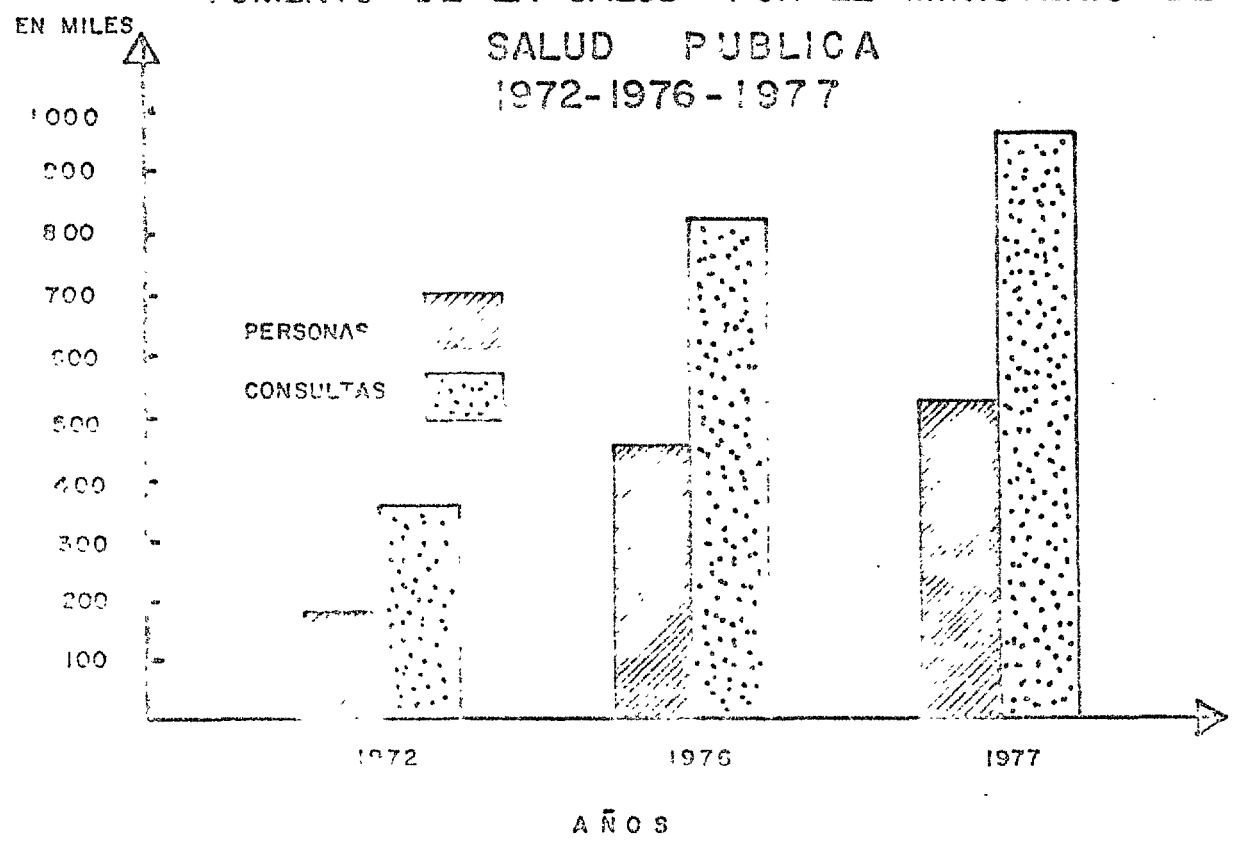
CONSULTAS DADAS POR FOMENTO Y MORBILIDAD

ECUADOR 1972 - 1977

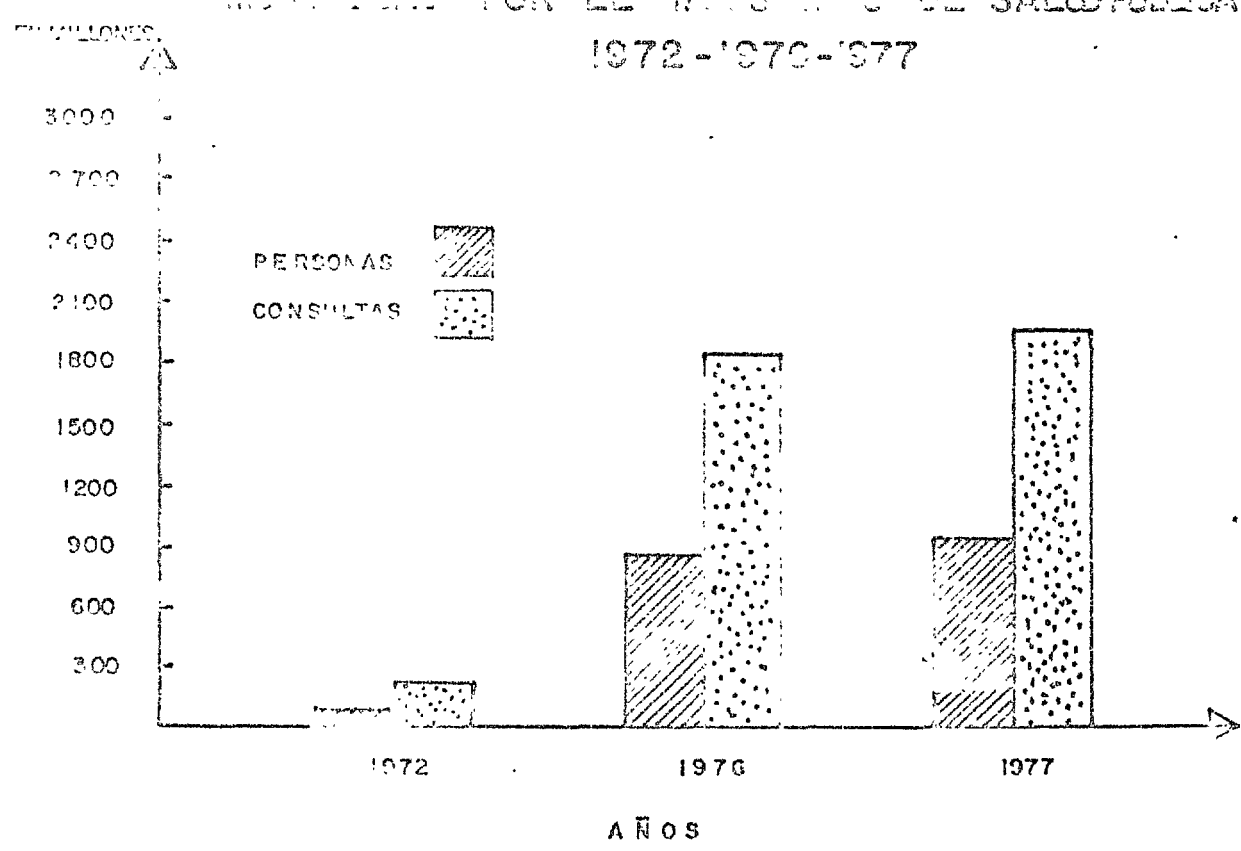
	1972	1976	1977
Consultas dadas para Fomento de la Salud	353.867	818.611	962.766
Consultas dadas por Morbilidad	188.907	1'835.911	1'947.457
Total de consultas	542.774	2'654.522	2'910.223



PERSONAS ATENDIDAS Y CONSULTAS DADAS PARA FOMENTO DE LA SALUD POR EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA 1972-1976-1977



PERSONAS ATENDIDAS Y CONSULTAS DADAS POR MOTIVIDAD POR EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA 1972-1976-1977



4.2.2. COBERTURA DE SALUD EN EL AREA RURAL

En el año 1972 existían 64 subcentros de salud atendidos por médicos comprendidos en la Ley de Medicatura rural, no se conoce la cobertura ofrecida, por cuanto el sistema de información no había llegado hasta ese nivel en aquella época.

En el año 1975, se incrementó el número de subcentros a 246, estimándose que la población rural recibió en ese año un promedio de 0.19 atenciones por habitante/año.

En el año 1977, el número de subcentros de salud llega a 453, estimándose que, en promedio, la población rural recibió ese año 0.35 atenciones/habitante año.

El incremento de cobertura observado en los 6 años de trabajo es muy significativo y ello se debe al esfuerzo realizado tanto desde el punto de vista financiero como del logístico y técnico-administrativo de todo orden. No obstante, la cobertura todavía sigue siendo baja, especialmente si se considera que se trata de población que no dispone de otros recursos de salud - que los que se puede ofrecer el Estado.

Por esta razón, el Ministerio se encuentra tramitando la contratación de un empréstito al BID que le permitirá incrementar la cobertura hacia áreas rurales marginadas, dotándoles de alrededor de 300 puestos de salud y 100 subcentros.

Con estos nuevos servicios y los actualmente disponibles será posible garantizar para esa población en 1982 una cobertura de alrededor de 0.84 atenciones/habitante/año; es decir más del doble del promedio que el Ministerio ofrecía en 1977 para todo el país.

4.2.3. Internación.

En 1972 se produjeron 131.389 egresos hospitalarios de agudos en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública. En 1976 la cifra de egresos fue de 152.630 y en 1977 hubo 157.576 lo que da un incremento porcentual de 19.9%. Este aumento como es lógico suponer, se produjo entre otras cosas por el crecimiento considerable de la capacidad instalada.

En términos de cobertura de los servicios del Ministerio, la relación de egresos por 100 habitantes se mantuvo en 2.1 a pesar del incremento de población ocurrido entre los dos años.

En términos de eficacia; los hospitales del Ministerio de Salud Pública tenían en 1972 un índice de ocupación promedio de 60.2 y en 1977 esta cifra fue de 62.6%.

El promedio de días estada pasó, como se establece en el Plan Nacional de Salud de 13.9 en 1972 a 7.4 en 1977, lo que indica un mejoramiento notable de la utilización de los servicios.

4.3 CONTROL SANITARIO Y VIGILANCIA

En este capítulo se incluye la información de las actividades realizadas en el campo de control y vigilancia de enfermedades transmisibles, zoonosis y enfermedades crónicas.

4.3.1. CONTROL Y VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLESTASA POR 100.000 HABITANTES

	En términos de incidencia				En términos de Mortalidad	
	1972	1976	1977		Obs ^a 1975	Prog. 1977
			Obs ^a	Prog.		
Difteria	3.3	0.6	0.3	2.0	-	S.C.
Tosferina	29.5	29.1	28.5	2.0	-	S.C.
Tétanos	3.8	2.6	2.1	2.0	-	S.C.
Tuberculosis	26.6	36.2	37.8	(1)	15.6	8.4
Poliomielitis	2.8	0.3	0.2	0.0	-	S.C.
Sarampión	48.6	3.3	32.2	(1)	2.8	7.0
Peste	0.1	0.1	0.0	(1)	0.0	0.0
Fiebre Amarilla Urbana	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Malaria	121.3	149.3	150.7	S.C.	-	S.C.
Sífilis	33.2	35.4	30.6	S.C.	-	S.C.
Lepra	1.3	0.7	0.5	S.C.	-	S.C.
Viruela	0.0	0.0	0.0	0.0	-	S.C.

S.C. Sin cuantificación en el Plan Nacional

(1) Meta en base a Mortalidad

* Último dato disponible.

La observación de este cuadro, nos permite obtener las siguientes conclusiones:

a) Viruela y Fiebre Amarilla Urbana

El Ecuador se encuentra libre de viruela y de fiebre amarilla urbana, debido a las acciones de erradicación realizadas contra ambas enfermedades. Por esta razón se programan y ejecutan únicamente acciones de mantenimiento y vigilancia epidemiológica.

En forma muy esporádica se presentan casos de fiebre amarilla selvática, en la región Oriental que son controlados de inmediato, destacándose que se efectúa continuamente campañas de inmunización en las personas que ingresan o residen en esta región.

b) Difteria, Tosferina y Tétanos

La inmunización permanente contra estas tres enfermedades ha determinado que se llegue a las tasas de incidencia que se observan en el cuadro, encontrando que las metas se cumplen ampliamente en Difteria y Tétanos, no así en Tosferina, en la que la disminución no es muy significativa.

c) Tuberculosis

Se observa que hay una tendencia de incremento en la incidencia de esta enfermedad en los 6 años de observación.

Esto obedece fundamentalmente a que el nuevo programa de control que se encuentra en ejecución, al intensificar la

búsqueda de casos a través de técnicas modernas y sencillas, en los servicios de todo nivel, permite detectar mas casos y con mayor oportunidad que con el sistema anterior que se desarrollaba.

Es de anotar que todos los casos encontrados se someten a tratamiento y seguimiento para lo cual se les ofrece gratuitamente todas las drogas de primera y segunda línea según necesidades.

d) Poliomielitis

La meta fijada fue conseguir la erradicación. Si bien no se ha logrado llegar a la meta, las tasas de incidencia observadas en ambos años son muy cercanas.

e) Sarampión

En 1975 el descenso fue brusco tanto en las tasas de incidencia como en la tasa de Mortalidad específica por esta causa, detectando que en 1975 la tasa de Mortalidad es menos de la mitad de la meta estimada para 1977.

f) Peste

En 1977 no se reportó ningún caso de peste, la tasa de incidencia en 1976 fue de 0.1, igual a lo que aconteció en 1972. Pero es significativo anotar que ambas tasas comparan muy favorablemente con la de 7.5% habitantes, observada en el quinquenio 1960 - 1965.

Al resultado de 1977 se ha llegado gracias a las acciones de control y vigilancia permanente en las áreas endémicas.

c) Malaria

Existe un evidente incremento de la tasa de incidencia entre los años 1972 - 1977. Esto se debe fundamentalmente a reinfestación en las áreas de Esmeraldas y el nororiente ecuatoriano, por casos importados y que obligaron a la realización de acciones de control masivo con la concentración de personal procedente de otras áreas en fase de mantenimiento y vigilancia epidemiológica. Se espera que la intensidad de las acciones desplegadas por el SNEM de como resultado el control definitivo de este problema con el fin de llegar en 1980 a sólo un 7.5% de toda el área malarica se encuentre en fase de ataque pero con la supresión definitiva de la cadena de transmisión.

d) Lepra

Se ha logrado una reducción de la tasa que en 1972 fue de 1.3 a 0.5 en 1977. Todos los casos se encuentran en tratamiento.

e) Los programas, contra el plan leishmania se cumplen normalmente en las provincias afectadas por estas enfermedades.

f) En sífilis y blenorragia, se observa una disminución de la incidencia.

4.3.2 Control de Zoonosis

Se está desarrollando con especial cuidado la prevención y control de la rabia, en todas las provincias del país, con

vacunas producidas por el Instituto de Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez".

Finalmente se ejecuta un programa de control de la población en la provincia de Pichincha, que luego se extenderá a la Provincia del Guayas y al resto del país.

4.3.3 Control de las enfermedades crónicas

Una vez definida la prioridad en el control de las enfermedades transmisibles fue necesario iniciar algunas actividades dirigidas al control de ciertas enfermedades crónicas que como la fiebre reumática o la hipertensión son susceptibles de reducción utilizando apropiada y oportunamente los recursos de la tecnología médica y sanitaria moderna.

Con este objeto se creó el correspondiente Departamento dentro de la División de Control Epidemiológico.

En cuanto al control de la fiebre reumática se culminó con éxito la primera fase para la determinación de la prevalencia, mediante una encuesta realizada en 178 escuelas de Quito, en las cuales se examinó a 66.059 estudiantes de 5-14 años, seguida con el tratamiento con medicación preventiva para niños en riesgo.

En hipertensión se realizó una encuesta por muestreo técnicamente diseñada en la ciudad de Quito, que será reproducida en diferentes partes del país, con el fin de conocer su incidencia y así poder programar sobre bases realísticas

las actividades a desarrollarse.

Se creó además, el Centro de Tratamiento de Hipertensión Arterial.

4.4 DESARROLLO DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

PROGRAMA DE FABRICACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS Y SUSTITUCION DE IMPORTACIONES.

Este Programa dirigido fundamentalmente a lograr una disminución de la dependencia en producción farmacéutica, así como una transferencia de tecnología, ha recibido en el año 1977 un impulso definitivo gracias a la expedición del Decreto N° 1592 que permitirá garantizar al ciudadano ecuatoriano una mejor disponibilidad de medicamentos en calidad y cantidad apropiadas.

Con este criterio y en base al decreto indicado, se ha iniciado además el programa de "Medicamento Sociales", a través del cual las Casas nacionales productoras de fármacos se obligan a preparar para el Ministerio los medicamentos contenidos en el cuadro básico, a precios muy inferiores a los que se encuentran aprobados para la venta al público.

FABRICACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS SEGUN LABORATORIO FABRICANTE, CAPITAL Y PERSONAL; LABORATORIO POR PRODUCTOS Y PRESENTACIONES 1978

FABRICANTE	CAPITAL	PERSONAL	MARCA	Nº DE PRODUCTOS	Nº DE PRESENTACION
HOECHST ETECO	28'000.000	117	HOECHST	18	34
			CIBA GEIGY	12	22
			BOEHRINGER MANNHEIM	9	11
			ROUSSEL- BECHAM	19	33
			GRUNENTHAL	16	21

PROFESA	57'500.000	84	SHERING CORPORATION	25	27
			SANDOZ		
			WANDER		
			PFIZER	28	29
INFARMA	40'000.000	77	SCHERING A.G.	29	42
			BAYER A.G.	13	26
			BOEHRINGER INGELH.	15	35
			NATTERMAN	-	-
LIFE	100'000.000	340	LIFE	37	46
			LEPETIT	19	22
			I.C.I.	3	5
			MERCK ECUADOR	16	19
			BRAUN MELSUGEN	-	-
MERCK SHARP E. DOIME	26'000.000	37	MERCK SHARP E. DOIME	26	29
			FROOST	9	12
			ROCHE	-	-
PARKE DAVIS	53'862.000	34	PARKE DAVIS	11	13
			WARNER CHILCOTT	13	21
			BERNA	-	-
			NORDMARK WERKE	-	-
LERLANC	10'000.000	38	MEPHA	4	4
			W.WEIMER	2	2
			ATRAL Y CIPAN	4	6
			YERSIN	-	-
H.G.	30'000.000	217	BRISTOL	12	25
			CYANANID LEDLE	13	18
			MA. NEIL	-	-
			MEAD JOHNSON	25	25
			MINESOTA 3 M	-	-
			(RIKER)	1	1
			ORGANON	12	17
			ORTHO	5	10
			UPJOHN	10	13
			WULFING	1	1
			ALLARD	3	11
			ARMOUR	10	23
			CARTER WALLACE	-	-
			GALXO	-	-
			HOBART	-	-
			MERREL	-	-
			RORER	1	1
			SPECIA	9	12
			SQUIBB	10	13
			RERAPLIZ	-	-
			WHITE HALL	-	-
			PROTER	2	2

ABBOTT	30'900.000	105	ABBOTT	-	-
ACROMAX	20'000.000	38	ABBOTT	9	14
BJARNER			AYERST	2	2
			ARCO		
			ALLERGAN		
			ENDO		
			HORMONA		
			FERRER		
			STROSEMBEURJH		
			ZAMBON	10	6
			WELFERK	2	2

RESUMEN

Fabricantes:	11
Capital	396'262.000
Personal	1.187
Marcas	61
Número de productos	593
Número de presentaciones	665

4.5 AGUA POTABLE, ALCANTARILLADO Y CONTROL DEL MEDIO AMBIENTE

4.5.1 Los servicios de agua y alcantarillado presentaban en 1972 la siguiente situación:

- a).- En las áreas urbanas: 62% de la población con acceso a los sistemas de agua potable y 47% con acceso a sistemas de alcantarillado.
- b).- En las áreas rurales: 5% de la población con acceso a servicios de agua potable y 4% con sistemas de alcantarillado.

A este déficit de cobertura, especialmente en el área rural, se añadía la escasez de financiamiento para la operación de los sistemas, como resultado de un presupuesto insuficiente del Ministerio de Salud.

En 1973 se inicia la etapa de recuperación económica a través de la participación del IEOS. en las regalías del petróleo, y del financiamiento de contrapartida para la ejecución del préstamo BID, con lo cual es posible emprender en los años subsiguientes y especialmente desde 1976 en la ejecución de las siguientes obras:

- a) Área Urbana: 93 sistemas de agua potable, y 29 sistemas de alcantarillado.
- b) Área Rural : 88 sistemas de agua potable; y 7 de alcantarillado.

construcción e instalación de 12.000 letrinas.

Construcción, instalación y operación - de 230 unidades de agua.

Con estos trabajos, la modificación de la cobertura es realmente significativa pues en 1977 se alcanza a cubrir con sistema de agua en el área urbana al 82% de la población y con sistemas de alcantarillado al 63% estimándose que el total de beneficiarios por el aumento de la cobertura entre 1972 y 1977 es de aproximadamente 1'500.000 habitantes en agua potable y 1'200.000 habitantes en alcantarillado.

Es de destacar que tales porcentajes se refieren a población con conexiones intradomiciliarias y no solamente con acceso a los respectivos sistemas, pues al mismo tiempo se construyen e instalan 72.000 conexiones intradomiciliarias de agua potable y 51.000 conexiones domiciliarias de alcantarillado, superando también en este sentido las metas definidas.

Las metas de cobertura alcanzadas han superado las proyecciones del Plan País y marcan una formación de confianza en la capacidad de trabajo del Ministerio y del INOS., para afrontar con técnica y decisión la difícil tarea de extender al 100% de la población del país tanto urbana como rural la cobertura con infraestructura sanitaria que es la meta para el año 1990.

PORCENTAJE DE LA POBLACION CUBIERTA POR SISTEMAS DE AGUA POTABLE
Y DE DISPOSICION SANITARIA DE EXCRETAS .

	1972 1/	1977 2/
<u>Area urbana</u>		
Sistemas de agua potable	62%	82%
Sistema de alcantarillado	47%	63%
<u>Area Rural</u>		
Agua potable	5%	13%
Disposici3n sanitaria	4%	11%

- 1) Poblaci3n urbana con acceso
- 2) Poblaci3n urbana con conexiones domiciliarias

4.5.2. PROGRAMACION DE PRESERVACION Y PROTECCION DEL MEDIO AMBIENTE

Paralelamente al proceso de desarrollo industrial y de urbanizaci3n del pa3s, fue necesario disponer que el Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias afrontara los problemas relacionados con la contaminaci3n del medio ambiente.

a) Control de la contaminaci3n ambiental

En este programa se destaca la promulgaci3n de la Ley de control de la contaminaci3n, mediante Decreto Supremo N° 374 de 31 de mayo de 1976, de esta manera, se ha logrado sistematizar la base normativa-legal y la estructura administrativa, necesaria para alcanzar las metas propuestas en el programa respectivo.

SISTEMAS DE AGUA POTABLE DISEÑADOS O CONSTRUIDOS
1973-1977

PROVINCIAS	DISEÑO		SISTEMAS	
	TERMINADO	EN PROCESO	TERMINADO	EN CONST.
CARCHI	15	18	15	12
IMBABURA	6	6	8	11
PICHINCHA	17	21	10	18
COTOPAXI	10	16	10	3
TÚNGURAHUA	16	18	5	15
CHIMBORAZO	19	5	12	10
BOLIVAR	5	9	7	2
CAÑAR	5	7	1	3
AZUAY	7	17	5	7
LOJA	6	13	9	6
ESMERALDAS	9	13	7	6
MAVABI	18	2	10	7
LOS RIOS	4	8	4	7
GUAYAS	4	11	1	7
EL ORO	11	6	3	6
NAPO	8	14	2	8
PASTAZA	3	2	3	2
MORONA SANTIAGO	6	4	4	2
ZAMORA CHINCHIPE	3	3	2	2
GALAPAGOS	-	4	-	4
T O T A L	172	197	118	138

SISTEMAS DE ALCANTARILLADO CONSTRUIDOS O DISEÑADOS

1973-1977

PROVINCIAS	DISEÑO		SISTEMAS	
	TERMINADO	EN PROCESO	TERMINADO	EN CONST.
CARCHI	5	4	2	9
IMBABURA	2	2	1	2
PICHINCHA	3	6	-	3
COTOPAXI	2	5	-	3
TUNGURAHUA	4	2	1	2
CHIMBORAZO	1	5	2	3
BOLIVAR	2	6	1	1
CAÑAR	3	6	-	-
AZUAY	2	3	1	2
LOJA	6	11	-	6
ESMERALDAS	3	11	4	3
MANABI	9	-	5	6
LOS RIOS	2	9	3	2
GUAYAS	6	5	-	6
EL ORO	4	12	-	-
NAPÓ	2	2	-	5
PASTAZA	1	2	-	1
MORONA SANTIAGO	1	3	-	2
ZAMORA CHINCHIPE	-	2	-	1
GALAPAGOS	-	2	-	1
T O T A L	58	98	20	58

En coordinación con otras entidades, se ha logrado progresivamente en estos años el integrar un sistema de control sanitario a la industrias especialmente de aquellas que se dedican a la fabricación de alimentos.

En el período 1975 - 1977, se han instalado 8 estaciones de control de la contaminación, 3 en la ciudad de Quito; 3 en Guayaquil y 2 en Esmeraldas y se encuentra en la fase de instalación 3 estaciones ubicadas en Cuenca, Ambato y Riobamba.

b) CONTROL DE DESECHOS SOLIDOS.

En lo que respecta a este programa, se han ejecutado estudios de racionalización de los sistemas de recolección, transporte y disposición final de basuras en las principales ciudades del país, y se ha dado apoyo, tanto financiero como de asesoría, a otras ciudades, tal el caso de la implementación de equipos para recolección habiéndose entregado 29 recolectores con una inversión de 23 millones de sucres así como 14 volquetas por un monto de 7 millones de sucres a diferentes ciudades del país.

5. INVESTIGACION, COORDINACION Y DOCENCIA

5.1. INVESTIGACION

5.1.1. Instituto Nacional de Higiene

En el área de investigación, el Instituto ha venido realizando diversas actividades tanto de investigación epidemiológica como aplicada y operacional esta última especialmente en el campo de la administración de laboratorio.

Tales actividades que forman parte de un plan técnicamente diseñado se han dirigido desde 1976 a completar o iniciar acciones de investigación en las áreas de: diagnóstico, virología, bacteriología en general, tuberculosis, peste, micología, parasitología y artropozoonosis.

Bajo el comando del laboratorio central y de toda su red de laboratorios y contando con la participación de los servicios de atención médica, se han ejecutado alrededor de 90 actividades de investigación en el período 1976-1977 destacando que muchas de ellas son de notable apoyo para el conocimiento de la realidad nacional en algunos aspectos tales como:

- Evaluación serológica nacional;
- Examen de orina y determinación de urea, ácido úrico y creatina en la sangre, durante la gestación.
- Estudio de anemias ferropénicas en embarazadas;

- Estudio de dislipoproteinemias en enfermos Ateroscleróticos;
- Estudio de la encefalitis equina y otras encefalitis;
- Hallazgo de entrobacteriáceas en niños aparentemente normales y en niños con diarreas;
- Incidencia de enterobacteriáceas en los trastornos gastrointestinales en las áreas rurales;
- Variaciones y mutaciones del Bacilo de Koch;
- Estudio de resistencia del bacilo de Koch a las drogas;
- Prevalencia de la enfermedad de chagas en algunas áreas del país;
- Estudio parasitológico de uncinariasis en las áreas endémicas, etc.

Los resultados de tales investigaciones, a la par que enriquecen el conocimiento de la patología nacional, servirán también para adoptar científicamente - las medidas de control más adecuadas.

5.1.2 El Instituto de Investigación Médico-Social y Nutricional de conformidad con las estrategias planteadas en el Plan Nacional de Salud, ha sido preocupación permanente del Ministerio, conseguir que la investigación sea dirigida al estudio y análisis de los problemas nacionales, despojándose del contenido de depen-

dencia que ha sido siempre preponderante en este campo.

Con este objetivo se crea en el primer semestre de 1977 el Instituto de Investigaciones Bio-médico Sociales y Nutricionales, dirigido a implementar la política de investigación en aspectos de carácter bio-médico y nutricional.

Esta acción será todavía más notoria en el campo de la investigación nutricional que había estado un tanto desatendida por algún tiempo por diferentes razones de carácter administrativo en el seno del antiguo Instituto de Nutrición.

A través de este Instituto cuya función de ninguna manera duplica la que se realiza en el Instituto Nacional de Higiene, se propone disponer de una estadística de investigadores nacionales; de un archivo de investigaciones efectuadas; y de sugerir para decisión política las áreas de investigación más prioritarias para que sirvan de apoyo en la gestión técnica del sistema regionalizado de servicios. Al mismo tiempo se trata también de disponer de un cuerpo de investigadores que esté en capacidad de prestar asesoría a todas las personas naturales o jurídicas que deseen realizar actividades de investigación en el campo médico-social.

Por otro lado el Instituto ha sido encargado de realizar actividades de investigación de Recursos Humanos en coordinación con la correspondiente División del Ministerio la misma que ya ha efectuado trabajos relacionados con la oferta actual efectiva de recur-

ses humanos en laboratorio.

- 5.1.3. Instituto de Recursos Odontológicos del Area Andina. Desde su creación en 1973, este Instituto ha mantenido una constante preocupación por estudiar la tecnología odontológica prevaleciente como punto de partida para la definición de nuevas técnicas y procedimientos tanto de carácter tecnológico como operacional.

A su trabajo se debe que el Ministerio de Salud disponga de recursos eficientes para la operación en módulos odontológicos dentro de la técnica a "cuatro manos": y de equipos simplificados, construidos o ubicados en el país para dar atención en el área rural. Los mismos que, no obstante su sencillez, son realmente efectivos para dar una atención eficiente.

El mérito a la importancia de su gestión ha sido particularmente agradable para el Ministerio, en 1977 mejorar tanto el espacio físico como el equipamiento del Instituto, al mismo tiempo que incrementar sus posibilidades de docencia que son tan necesarias para mejorar la prestación.

5.2. COORDINACION

En este capítulo se informa de las actividades de coordinación realizadas tanto con las instituciones de salud nacionales como con las internacionales.

- 5.2.1. Con las instituciones nacionales que hacen salud

- 5.2.1.1. Coordinación con todas las instituciones .

Ha sido preocupación permanente del Ministerio mantener estrecha coordinación con todas las entidades que hacen salud, durante todo el período 1972-1977.

Con este criterio se ha solicitado su participación para la integración de los siguientes comités, cursos o seminarios.

- a) Comité de Registros Médicos, encargado de la programación de todos los formularios que forman parte de la Historia Clínica Única y que se encuentra implantada en todos los establecimientos de salud del país.
- b) Comité de Medicamentos Básicos, encargado del análisis y programación para la formulación del listado de medicamentos básicos, el mismo que se encuentra en vigencia en los establecimientos del Ministerio de Salud, en los de la Seguridad Social y en los de la Junta de Beneficencia con las variaciones adecuadas a las características de la prestación de cada Institución.
- c) Participación en seminarios y reuniones, tales como el seminario sobre gestión administrativa en Ajaví - Imbabura.
- d) Participación en los cursos de administración hospitalaria para médicos, enfermeras y administradores no médicos.

5.2.1.2. Con la Seguridad Social.

Convenio suscrito el 9-1-1976, por el cual el Ministerio de Salud y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se comprometen a realizar mutuamente la prestación de sus servicios en los aspectos de atención médica, odontológica y de medicamentos, (de acuerdo a un reglamento y arancel) para los beneficiarios de cada sistema, que fueran referidos por necesidades de atención.

El reglamento del Convenio actualmente en vigencia, ha sido reformado para superar los problemas administrativos que inicialmente fueron detectados, con el fin de mejorar la prestación.

5.2.1.3. Con las Fuerzas Armadas.

Convenios suscritos para la designación de los médicos rurales a los diferentes reparatos que mantienen las Fuerzas Armadas en las zonas de frontera, oriente y Galápagos.

5.2.1.4. Con la Policía Nacional

Convenios suscritos con el mismo objeto indicado en el numeral anterior.

5.2.1.5. Con la Federación Nacional de Médicos.

- En el período 1972-1975, se destacan la participación del Ministerio para la expedición de la Ley de la Federación Nacional de Médicos que había sido derogada por el Gobierno anterior.

- En el período 1976-1977:
 - Colaboración intensa del Ministerio para la realización de diferentes - congresos nacionales e internacionales organizados por las respectivas sociedades científicas, con un promedio de aporte anual que supera los 2 y medio millones de sucres.
 - Reuniones conjuntas para el análisis de la situación de salarios, que finalmente ha sido superada con la expedición del manual de clasificación de puestos, en el que se satisfacen las aspiraciones de la clase médica.
 - Expedición del acuerdo Ministerial - por el que se delega a la Federación Nacional de Médicos la organización de los eventos y congresos científicos contando con la asistencia financiera del Ministerio y de acuerdo a una programación anual.
 - Expedición del acuerdo ministerial por el que se incentiva la producción científica y de investigación creando los correspondientes galardones anuales.

5.2.1.6. Coordinación con la Federación Nacional de Odontólogos.

Inicialmente el Ministerio mantuvo y llevó

adelante la organización de la Comisión Nacional de Odontología, con la participación de la clase odontológica, facultades de Odontología y servicios de salud bucal.

Superados algunos problemas, el Ministerio ha encarado en el último año, la reorganización de esta Comisión, para dar paso a la organización de la Comisión Odontológica del Area Andina, como resultado de la aprobación en la V REMSAA del Reglamento del IROAA.

5.2.2. Coordinación con Organismos Internacionales.

Múltiples han sido las actividades de coordinación desarrolladas con organismos Internacionales ya sea a través de convenios de cooperación técnica, asistencia a reuniones o congresos internacionales y organización de eventos internacionales en el país.

Dentro de este amplio campo, se destacan los Convenios con la OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud); UNPFA (Agencia de las Naciones Unidas para Asuntos de Población); con el PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo); con el UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; y con los países del Area Andina, a través del Convenio Hipólito Unanue y las Reuniones de Ministros de Salud del Area Andina.

- Con la OPS/OMS, en particular se mantiene un convenio para la asistencia técnica en diferentes aspectos y programas que dicen relación con:

- Organización y desarrollo del sistema de servicios.
- Epidemiología y vigilancia epidemiológica.
- Erradicación de la Malaria.
- Información
- Zoonosis
- Enfermería
- Planificación de Salud.

Por otro lado, el país ha estado siempre presente en las reuniones de la Asamblea Mundial de la Salud; en el Comité Ejecutivo de la OMS (período - 1971-1973); en las reuniones del Consejo Directivo de la OPS; en las del Comité Ejecutivo de la OPS, de las que es miembro desde el año de 1970, en la Conferencia de Ministros de Salud de las Américas en Chile 1972 y en la Conferencia Extraordinaria de Ministros de Salud en Washington 1977.

Cabe anotar que las ponencias ecuatorianas sobre estrategias para la extensión de cobertura al área rural; y la relacionada con la utilización de la comunicación social, presentadas en la Reunión de Ministros, han merecido una especial distinción.

- Con el UNPFA, el Ecuador mantiene un convenio para la realización del programa de salud materno - infantil y bienestar familiar que consiste en asistencia financiera del orden de \$ 1'500.000 dólares USA.

- Con el Convenio Hipólito Unanue:
 - Organización y desarrollo de la II REMSAA en Quito 1973
 - Organización del grupo de trabajo en Odontología, Quito 1974
 - Organización del grupo de información de medicamentos básicos, Quito 1977
 - Organización del grupo de información, Quito - 1977.
 - Asistencia a las reuniones de la II REMSAA, Cara
cas 1977
 - IV REMSAA, Bogotá 1976
 - V REMSAA, Santa Cruz - Bolivia 1978.

5.3 DOCENCIA

El fundamento del desarrollo de actividades formativas en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, es aquel que declara como "docentes" a las casas de salud de to
dos los niveles. Esto implica que las entidades educa
tivas de la nación pueden desarrollar la formación de los recursos humanos en la totalidad de los servicios asistenciales del Ministerio, bajo acuerdo que regulan las actividades de docencia y servicio.

Sin embargo en el curso de los últimos años, la acelerada implementación de establecimientos de todo tipo, aumentó la necesidad de recursos humanos en cantidad, especialización y diversificación de los mismos, notándose que las entidades formadoras requerían de un apoyo que no fuera solamente sus escenarios de prácticas. Por lo tanto el Ministerio ha venido prestando ayuda a las Universidades de manera que se detalla a continuación:

5.3.1 Nivel Profesional

5.3.1.1 Internado Rotativo Médico.

Dotación de plazas remuneradas para alumnos de último curso de la carrera de Medicina, - mediante el establecimiento de índices en todos los establecimientos del Ministerio.

5.3.1.1.2 Escuelas de Enfermería

Aporte al financiamiento de las escuelas de enfermería de Loja y Manabí y dotación de - partidas para estudiantes becarios.

5.3.1.1.3 Escuelas de Tecnología Médica

Aporte al financiamiento de la escuela de Tecnología Médica de la Universidad de Cuenca - y asignación de becas para estudiantes.

5.3.1.2 Postgrado

Apoyo a las facultades de Ciencias Médicas de Quito y Guayaquil, dotándolas de plazas remuneradas para alumnos y supervisores docentes. En esta forma se desarrollan actualmente cursos de especialización en: - Pediatría, Gineco-Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Anestesiología, Radiología, - Laboratorio y Fisiatría.

5.3.2 Nivel no Profesional

5.3.2.1 Apoyo para el desarrollo del Centro de Formación de Auxiliares de Enfermería de la Universidad de Cuenca

5.3.2.2. Apoyo para el desarrollo de cursos adscritos para la formación de personal no profesional en las provincias del Ecuador.

6. INDICADORES DE SALUD

Hasta aquí se ha tratado de explicar, cual ha sido la política de Salud, que es el sistema de servicios, como se conforma y cuanto ha producido en acciones de salud.

Corresponde ahora determinar el impacto que ha producido esta acción en el nivel y estructura de salud y por ende en el nivel de vida, del cual es su principal componente.

Al analizar algunos indicadores generales de salud se observa en primer término que la esperanza de vida al nacer, el promedio de vida que los ecuatorianos nacidos en 1962 - 65 esperaban vivir era de 52.4 años (único dato anterior disponible). En 1974 - 75 se alcanza la cifra de 60.7 lo que significa un aumento de 8.3 años en el período considerado de los cuales 4.3 años corresponde al período 1972-75 - cumpliendo ampliamente la meta propuesta en el Plan Decenal de Salud para las Américas.

La falta de datos nos impide conocer la esperanza de vida al nacer en 1978, pero el análisis de las diferentes variables nos permiten estimar que la tendencia de incremento se mantiene hasta el presente.

Estos años de vida se han ganado en base a la disminución de la mortalidad general, que pasa de 12.9 por mil habitantes en 1962 a 7.8 por mil habitante en 1975 (último dato disponible). Dentro de ella el grupo de menores de 1 año ha sido el más beneficiado.

En 1972 la tasa de mortalidad infantil o sea la probabilidad que los niños mueran en el transcurso de su primer año de vida por 1000 nacidos vivos era de 95.9. En el año de 1975 esa probabilidad pasa a ser 57.6 por mil nacidos vivos.

Si se observa las tendencias de mortalidad general, se ve que durante el decenio 1962-1971 esta tasa disminuye en 2.8 por mil habitantes y en solo el cuatrienio 1972-1975 esta cifra es alcanzada y aún superada.

Algo similar pero más pronunciado sucede con la mortalidad infantil. Para el decenio 1962-1971 la posibilidad de morir de los niños menores de un año tiene una tendencia a la reducción pero esta se hace en forma lenta, alcanzando para el período una disminución de 17.4 por mil nacidos vivos. En el cuatrienio 1972-1975 este descenso se hace más pronunciado siendo del orden del 24.3 por mil nacidos vivos, a un promedio de 4.8 por mil anual, estimándose que siguió manteniéndose en vista de las medidas adoptadas en los últimos años.

Cabe anotar que las acciones de salud programadas por el Ministerio de Salud Pública coinciden con este brusco descenso.

Si se comparan los datos de mortalidad infantil de acuerdo a causas de muerte, se observa que la más notoria disminución se produce en el Grupo A de la subclasificación internacional de enfermedades y que incluye las infecciosas y parasitarias; enteritis, diarrea, bronquitis, enfisema y asma. En este grupo bajó del 48.1 % del total de muertes que era en 1968 a 40.3 % en 1975 no obstante sigue siendo todavía el grupo principal de causas de mortalidad.

Al clasificar el Grupo A de acuerdo a sus componentes se ve que la disminución ocurre fundamentalmente en el subgrupo A 1 formado por las enfermedades reducibles por vacunación. En efecto tomando como base el año 1972 y comparándolo con 1977 se observa que la difteria tiene un 80.4 % de disminución; el sarampión 94.2 % la poliomielitis 62.5 %.

En cambio aquellas enfermedades que por su naturaleza son de difícil reducción presentan un incremento. Tal es el caso del cáncer que presenta un aumento porcentual para el cuatrienio estudiado, del orden del 12.8 % y las cardiovasculares un incremento del 18.0 %.

En aquellas enfermedades reducibles por atención médica oportuna también se observa una marcada disminución, tal es el caso de las causas de mortalidad perinatal que durante el lapso considerado sufre una disminución del 30.6 %.

Una de las características más notables en esta serie es el aumento de la mortalidad por accidentes, que eleva su índice de crecimiento en 42.2 % en el período 72 - 76. Igual cosa sucede con la causa "Homicidios y Suicidios".

Al observar en líneas generales, las causas de mortalidad nacional se puede establecer como conclusión general que nuestro país se encuentra en su estructura de defunciones con una tendencia de aproximación hacia la estructura de la mortalidad de los países desarrollados.

La calidad de los datos vitales mejora sensiblemente con el transcurso de los años, en efecto la certificación me dica de causas de defunción pasa del 42.8 % al 50.2, - estimándose que debe haber aumentado en los 2 últimos - años en razón del incremento de cobertura.

El grupo F que involucra a los fallecidos cuyo diagnósti- no co puede establecerse por aparecer en términos de sín tomas y estados morbosos mal definidos, ha disminuído - del 16.1% en (1972) al 12.1 % en 1975.

La cobertura de los hechos vitales también ha aumentado en este quadrenio. La apertura de oficinas de Registro Civil a nivel de Jefaturas de Salud y hospitales que lo ameriten por su movimiento, las maternidades por ejemplo, y la simplificación y adecuación de los trámites burocra- ticos para las inscripciones de los hechos vitales, tra- bajo realizado en conjunción de esfuerzos con el Re- gistro Civil y el I.N.E.C, ha redundado en un incre- manto de la cobertura tanto para el registro de naci- mientos como para las defunciones.

Como quedó establecido, los hechos vitales, base de los princi

pales indicadores de salud han mejorado ostensiblemente tanto en calidad, como en oportunidad y cobertura. Por lo tanto la - disminución que representan los índices ha sido efectiva y no por causas de subregistro, pudiendo ser una consecuencia directa de la ampliación de los servicios de salud, ya que los parámetros de mortalidad general e infantil, mejoran especialmente en los últimos años, es decir, cuando se están cumpliendo las metas fijadas por el Plan País.

INDICADORES DE SALUD SELECCIONADOS:

Ecuador 1962-1975

AÑO	Tasa de mortalidad general	Tasa de mortalidad infantil
1962	12.9	95.9
1963	12.7	94.5
1964	12.1	94.0
1965	11.7	93.0
1966	11.2	90.4
1967	10.6	87.3
1968	10.8	86.1
1969	10.9	91.0
1970	9.9	76.6
1971	10.1	78.5
1972	10.4	81.9
1973	9.8	75.8
1974	9.9	70.2
1975	7.8	57.6

DEFUNCIONES SEGUN ALGUNAS CAUSAS

1.972 - 1975

TIPO	1972	1975	DIF. PORCENT
Difteria	51	9	- 82.4
Polio	56	21	- 62.5
Sarampión	3.444	198	- 94.2
Enteritis	9.174	6.535	- 28.8
Causas de mortalidad perinatal	2.804	1.945	- 30.6
Accidentes por automotores	988	1.405	+ 42.2
Cardiovasculares	5.246	6.189	+ 18.0
Cáncer	2.289	2.583	+ 12.8

DISCRIMINACION DE MUERTES POR GRUPO A

(INFECCIOSAS, PARASITARIAS, ENTERITIS, DIARREAS, BRONQUITIS,

ENFISEMA Y ASMA) SEGUN SUBGRUPOS 1968 - 1975

AÑO N°	TOTAL MUERTES GRUPO A		SUBGRUPO A1 (REDUCIBLES POR INMUNIZACION) %	SUBGRUPO A2 (REDUCIBLES EN ACCIONES SOBRE EL MEDIO AMBIENTE)	SUBGRUPO A3 (REDUCIBLES EN ATENCIÓN MÉDICA OPORTUNA) %	SUBGRUPO A4 (REDUCIBLES CON COMBINACION DE TECNOLOGIA) %
	Nº	%				
1968	24.901	48.1	17.1	9.6	19.0	2.4
1969	24.468	45.0	12.6	9.3	20.3	2.7
1970	23.049	44.8	12.5	9.4	20.6	2.3
1971	26.246	48.0	13.0	14.3	18.4	2.2
1972	29.082	50.1	12.9	16.3	18.9	2.0
1973	27.462	48.2	10.9	15.6	20.2	1.4
1974	26.598	47.3	12.3	14.1	19.6	1.3
1975	19.525	40.3	7.1	14.0	17.6	1.7

* Porcentaje del total de muertes, excluyendo Grupo F.

7. PERSPECTIVAS DE LA SALUD NACIONAL

A través de los capítulos anteriores se ha presentado un informe de toda la acción realizada por el Ministerio durante el período de gobierno de las Fuerzas Armadas, la misma que se puede sintetizar en las siguientes conclusiones:

- El país dispone de un Ministerio de Salud en pleno estado de desarrollo, con autoridad y recursos adecuados para el tipo de atención que se ha brindado durante esta época de organización y estructuración, pero todavía insuficientes para ofrecer la calidad de atención que aspira el pueblo ecuatoriano en goce de su legítimo derecho a la salud.
- Ha sido posible realizar muchas acciones, gracias en primer término a la decisión gubernamental que asignó al sector salud la prioridad requerida y a la permanencia relativamente larga de los personeros de la salud, lo cual garantizó la continuidad en la ejecución de los planes y programas, al mismo tiempo que permitió conseguir la necesaria estabilidad y tecnificación del personal encargado de la ejecución a todo nivel.
- Se ha logrado mejorar el nivel de salud en muchos de sus componentes, pero todavía persisten indicadores que demuestran una situación de subdesarrollo y que son posibles de modificar en sentido favorable, utilizando los recursos que ofrece la tecnología médica y sanitaria moderna.

En este sentido, aspectos como los de mortalidad infantil, especialmente post neonatal; mortalidad materna por déficit de atención calificada del parto; enfermedades gastroentéricas; y, en general, las defunciones y morbilidad por enfermedades

Transmisibles, constituye áreas de fácil reducción si se cuenta con un buen sistema de servicios y con recursos - para incrementar y mejorar la infraestructura sanitaria.

- El Ministerio de Salud y el IEOS, han demostrado tener capacidad operativa para desplegar una acción de características gigantescas que ha permitido el diseño, licitación, contratación y ejecución de proyectos, muchos de ellos, de gran significación financiera y complejidad tecnológica, en plazos ciertamente breves.
- Existe muy buenas disposiciones de parte de las Facultades de Ciencias de la Salud y de las Federaciones de profesionales de la salud para colaborar con el Ministerio en el desarrollo de sus acciones, dentro de una empresa de servicio, investigación y docencia que tenga como único propósito la mejor atención a la colectividad ecuatoriana.

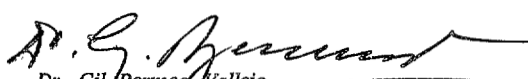
Con tales antecedentes y confiado especialmente en la capacidad y espíritu de servicio que caracterizan el pueblo y gobiernos ecuatorianos, actual o futuro, el Ministerio de Salud se permite sugerir las siguientes áreas de acción, que más que indicaciones de trabajo significan la exteriorización de líneas de pensamiento.

- Parece necesario y conveniente proseguir y acelerar las actividades para el desarrollo del sistema Regionalizado de servicios en forma tal que se cumplan las acciones en forma programada y sistemática en todos los niveles de atención.

- Con este objeto, sería muy útil intensificar las actividades de investigación para detectar las barreras de comunicación que impiden una buena relación oferta - demanda y que dificultan por ello incrementar la cobertura y conseguir una mejor participación de la comunidad.
- Apoyar la planificación existente para dar mayor énfasis todavía a la realización de un ataque frontal a las enfermedades reducibles e incorporar acciones para disminuir aquellas causas de defunción que como los accidentes, homicidios, suicidios, cáncer y enfermedades cardiovasculares, han irrumpido bruscamente en nuestra estructuración de la mortalidad.
- Continuar e incrementar las acciones destinadas al mejoramiento del medio ambiente, a través de un plan decenal que persiga la cobertura con sistemas de agua potable y alcantarillado del 100% de la población ecuatoriana urbana y rural.

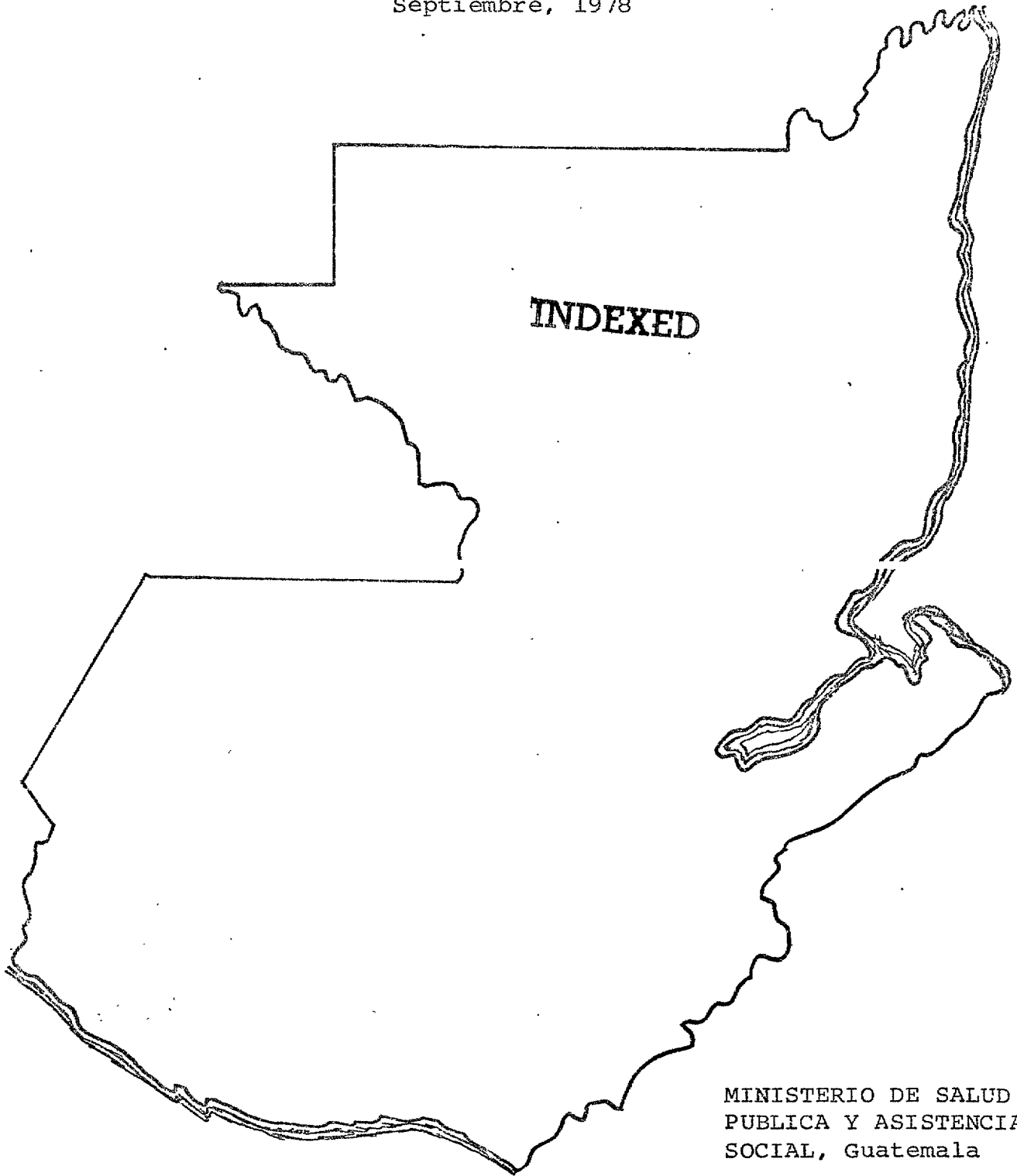
Al mismo tiempo, llegar con servicios de salud a la comunidad dispersa, impulsando y mejorando la ejecución del programa actual de salud rural.

- Disponer y preparar el sector para que, en un futuro medio-to o a largo plazo, se llegue a la organización del Servicio Nacional de Salud apto para ofrecer la mejor calidad de atención, la más oportuna y sin distingos para todos los ecuatorianos, a través de los hospitales y establecimientos de Salud de la comunidad, tal como expresa la nueva Constitución Política del Estado Ecuatoriano.


 Dr. Gil Bermúdez Vallejo
 MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

X X CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

Septiembre, 1978



MINISTERIO DE SALUD
PUBLICA Y ASISTENCIA
SOCIAL, Guatemala

INDEXED

XX CONFERENCIA

SANITARIA PANAMERICANA

SEPTIEMBRE 1978

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Y ASISTENCIA SOCIAL

GUATEMALA, C. A.

INTRODUCCION

INDEXED

La diversidad de condiciones económico-sociales en las regiones de nuestro país, hace que apliquemos mecanismos diferentes para afrontar las situaciones adversas al desarrollo.

La "Pobreza Social" se traduce en el país en bajo nivel de educación, vivienda insalubre, malas condiciones de saneamiento, desnutrición, deterioro de la salud y escasa o inexistente cobertura de los servicios de seguridad social para la gran mayoría de la población rural económicamente activa.

Otras situaciones se agregan a la problemática nacional en el proceso de desarrollo, existe un porcentaje elevado de población (64%) que reside en comunidades menores de 2,000 habitantes siendo el número de estas de 17,915. El análisis retrospectivo y prospectivo permite enmarcar elementos cualitativos de tipo general con algunas características cuantitativas predecibles. Por ejemplo, la población de Guatemala en 1990 ascenderá a unos 9.3 millones de habitantes (en la actualidad es de 6.250,000 habitantes); y en el año 2,000 a más de 12 millones (en el primero de los años), no menos de 55 por ciento la población en 1990 vivirá en las áreas urbanas y las principales actividades económicas estarán en los sectores secundarios y terciarios.

No obstante los esfuerzos del Gobierno y de la colaboración técnica y financiera internacional, las condiciones

ambientales siguen siendo deficientes y el progreso hacia la solución de este problema ha sido lento. El Plan de Desarrollo Nacional 1975/1979 es una continuación del esfuerzo iniciado en 1970 con la adopción del Plan de Desarrollo 1971/1975; continuidad que ha permitido buscar condiciones propicias que armónicamente tiendan a darle a todos los habitantes la oportunidad de realizarse y contribuir al desarrollo del marco social del cual son miembros.

El sistema de salud carece de la disponibilidad necesaria de recursos humanos, financieros, capacidad instalada y procesos administrativos adecuados que permita hacer operar al conjunto de elementos en forma plenamente efectiva y eficiente con el fin de poder cubrir las necesidades de servicios de las comunidades y alcanzar el propósito básico de mejorar la situación de salud de la población.

POLITICAS DE SALUD Y SUS ESTRATEGIAS

Durante los años 1975/1978 la orientación de las actividades básicamente tiene un marco de referencia en cuatro políticas de salud.

1. AUMENTO DE COBERTURA
2. SANEAMIENTO AMBIENTAL
3. NUTRICION Y ALIMENTACION
4. FINANCIERA

1. AUMENTO DE COBERTURA

Una de las aspiraciones sentidas en nuestras comunidades es indiscutiblemente disponer de prestaciones de salud para todos sus miembros sin excepciones, por medio de la oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos de salud, que satisfagan las necesidades de toda la población; se proporcionen en lugares accesibles y en forma aceptable por la misma y, garanticen el acceso necesario a los diferentes niveles de atención del sistema. Esto se ve limitado por la insuficiencia de recursos humanos, materiales y financieros. La reconciliación de esta problemática con factores contra puestos, ha representado una tarea difícil y urgente de resolver, ya que las instituciones participantes han ido desarrollando sus estructuras a lo largo de los años para ir satisfaciendo las necesidades que se presentan, sin tener un modelo susceptible de ser adaptado a la pluralidad de alternativas características de los procesos biológicos y sociales, determinantes del estado de salud de la población. En el país esta política se expresa en estrategias concretas que permiten mayores logros en la atención de las necesidades de la población, siendo las siguientes:

- 1.1 Atención primaria
- 1.2 Participación de la comunidad
- 1.3 Mejora de la eficiencia de los servicios
- 1.4 Adecuación de los recursos humanos para la salud
- 1.5 Coordinación con las agencias intra y extrasectoriales ligadas a la salud

Para incrementar la producción de servicios y multiplicar las acciones directamente en los sitios de ejecución de los programas, es imprescindible buscar los nexos básicos entre el sistema institucional de salud y el sistema tradicional comunitario, cualquiera que sea su grado de evolución. Dentro de este marco conceptual se han elaborado programas de un alto contenido en acciones poco complejas pero efectivas y que están al alcance del individuo, de la familia y la comunidad para promover y conservar la salud, así como para reparar y prevenir la enfermedad.

La atención primaria se presta en conformidad con los patrones de vida de la población y se basa en los conocimientos científicos y la moderna tecnología de salud, así como en las prácticas de atención tradicionales, aceptadas y efectivas de la propia comunidad, desarrollando o adaptando otros niveles de atención que apoyen las actividades del primero, especialmente en lo que se refiere a los aspectos de supervisión técnica, referencia, logística y adiestramiento de personal.

Los programas se han aplicado principalmente en zonas rurales, pero en las ciudades o poblaciones, donde el crecimiento urbano se está produciendo a un ritmo rápido, debido a la emigración procedente de dichas zonas rurales, existe una vasta y creciente serie de problemas económicos y sociales, que pueden ser resueltos por ayuda mutua y esfuerzo propio, lo mismo que en las comunidades rurales. Sin embargo, hay que reconocer que hay

diferencias entre la población rural y urbana, la naturaleza de las cuales reside principalmente en el tipo de relaciones económicas, que hacen de la población urbana un factor determinante de la mayor expansión de la economía monetaria y de los grupos de trabajadores asalariados, aunque al mismo tiempo configuran comunidades a las que los habitantes raramente tienen el sentimiento de pertenecer, en contraste con las comunidades rurales. Los servicios tales como escuelas, hospitales, centros de salud, etc., están más desarrollados en las ciudades, donde por lo general hay más organizaciones privadas que prestan diversos tipos de asistencia. Finalmente, hay diferencias entre comunidades rurales y urbanas en las relaciones entre las personas, en la naturaleza de las necesidades y de los servicios, que requieren de procedimientos variados y un orden distinto de prioridad, así como una organización diferente de los mismos.

2. SANEAMIENTO AMBIENTAL

Cada individuo aporta al bienestar común en la medida de su propio bienestar y la salud es un producto inter-sectorial que depende del desarrollo global, donde la contribución del medio ambiente es de singular importancia.

Para el cumplimiento de la política nacional de saneamiento ambiental se han delimitado campos de acción, entre los que se pueden mencionar:

- a) Conocer y determinar bien el problema de la contaminación en nuestro medio, para lo cual se fomenta el estudio e investigación en este campo.
- b) Impulsar las acciones específicas ya conocidas de efecto benéfico para el hombre como son: la dotación de agua potable, alcantarillado y disposición de excretas, disposición de desechos sólidos, vivienda y control de alimentos, haciendo un esfuerzo por lograr la mayor cobertura tanto en el medio urbano como en el rural.
- c) Acelerar el proceso de concientización de la población en cuanto a la importancia del ambiente para el hombre y el efecto de las acciones de éste sobre el ambiente.
- d) Propugnar toda acción que tienda a evitar la contaminación del ambiente en la medida de lo factible.
- e) Coordinación de esfuerzos para el aprovechamiento al máximo de los presupuestos asignados en los diferentes sectores involucrados.

3. NUTRICION Y ALIMENTACION

La encuesta nutricional llevada a cabo en el país en 1965 por el INCAP y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, confirmaron la gravedad y magnitud del problema nutricional, el impacto que tiene sobre la mortalidad infantil, la morbilidad y mortalidad de la niñez, la capacidad de trabajo, el desarrollo físico y mental y los gastos de salud como factor básico asociado y consecuencial.

La política de nutrición conceptúa todas aquellas acciones de orden legal, institucional y administrativas que norma, coordina y ejecuta el Estado a través de sus sectores, para garantizar la producción, comercialización, disponibilidad cuantitativa y la utilización biológica de alimentos a los estratos de la población más afectada y necesitada.

Los objetivos específicos son:

- a) Alcanzar una producción y disponibilidad adecuadas de alimentos y nutrientes para la población.
- b) Aumentar la demanda efectiva y lograr el consumo adecuado de alimentos en toda la población, especialmente en los grupos vulnerables de la misma.
- c) Asegurar una buena utilización biológica de los alimentos y nutrientes que consume la población.

4. POLITICA FINANCIERA

Desde el punto de vista de la toma de decisiones, el sistema de administración financiera constituye un ingrediente fundamental ya que alimenta y sustenta los programas enmarcados para el cumplimiento de todas las políticas. Además es instrumento vital en el control de costos y en los estudios de eficiencia, para asegurar que los fondos públicos se están utilizando de la mejor manera posible.

Dentro de esta política, se tiende a la utilización racional de los recursos financieros, así como a lograr el incremento progresivo de fondos destinados al cumplimiento de los programas y acciones para la prevención de la enfermedad, promoción y recuperación de la salud.

La escasez de recursos se presenta como un problema crónico y complicado que obedece a múltiples causas: distribución poco equitativa del producto nacional; altos y crecientes costos de los servicios de salud, sobre todo los de mayor complejidad, debido principalmente a una selección inapropiada de tecnologías; mayores expectativas y demandas de la población; mal aprovechamiento de los recursos del sector debido a la falta de coordinación entre las instituciones y de complementariedad de las actividades de otros sectores que influyen sobre la salud; y poco desarrollo de técnicas de gestión que aseguren un rendimiento óptimo de los recursos.

5. PROGRAMAS

Para los efectos de cumplimiento de las políticas y estrategias ya mencionadas, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha promovido los siguientes programas básicos:

- a) Planificación y desarrollo del sistema de servicios de salud
- b) Control de enfermedades
- c) Administración de servicios de atención médica hospitalaria

- d) Salud maternoinfantil y familiar
- e) Desarrollo de los recursos humanos
- f) Alimentación y nutrición
- g) Salud ambiental

En cada uno de ellos se estimula la participación comunitaria, con un reforzamiento básico del nivel de atención primaria y la regionalización de los servicios.

Los aspectos positivos más sobresalientes son:

AUMENTO DE COBERTURA: Se intensificó la atención de la salud de la población, con énfasis en el área rural, grupos marginales y binomio madre-niño. Para lo cual con las acciones efectuadas durante 1977 y sobreponiéndose a la baja causada por el terremoto sufrido en el país en el año 1976, se ha brindado un volumen de servicios que supera la producción de años anteriores y tiende a elevarse aún más, como se puede ver más adelante.

SERVICIOS: Existe desde 1974 un número de 38 hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a los cuales se les está remodelando o dotando de nuevas instalaciones y edificios. Hay en proyecto para los próximos 4 años, la construcción de 10 nuevos hospitales: 3 de 100 camas, y 7 de 30 camas. En relación a los servicios hospitalarios y su producción se tienen las siguientes cifras:

<u>AÑO</u>	<u>EGRESOS</u>	<u>CAMAS</u>
1974	135,076	8,532
1975	228,752	8,410
1976	165,819	9,220
1977	160,992	8,846

CENTROS DE SALUD: Existentes a 1973 ochenta, habiéndose incrementado 79 más para un total de 159.

PUESTOS DE SALUD: En 1973 existían 227 unidades y se incorporaron desde entonces 245 nuevas unidades para llegar a un total de 472.

CONSULTAS REALIZADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

1974	960,475
1975	1.417,146
1976	2.139,771
1977	3.256,261

En relación a las primeras consultas se ha alcanzado las siguientes concentraciones por 100 habitantes.

1974	10.59%
1975	11.74%
1976	18.55%
1977	26.57%

Se puede asegurar que las acciones de Gobierno han tratado en lo posible de recuperar el terreno perdido en 1976 y tratar de alcanzar en el menor tiempo posible la normalización de la atención de nuestras comunidades.

LOS RECURSOS HUMANOS: Constituyen preocupación primordial de las acciones de salud, por lo cual se han continuado los programas intensivos de formación de personal que se adapten a las situaciones reales de nuestro país y principalmente a nivel rural. Existen 17,000 comunidades con poblaciones menores de 2,000 habitantes las cuales albergan al 64% de la población total, lo que nos impone una dura tarea que, con los esfuerzos del Estado y la participación comunitaria, se viene desempeñando.

Se continúa con las campañas de vacunación masiva y se mantienen los niveles significativos epidemiológicamente, con coberturas del 80% de la población de niños menores de 2 años, que anualmente se protegen contra la poliomielitis, tos ferina, difteria, tétanos, sarampión y agregándose en el último año la vacuna BCG. Esto representa en nuestro país, la vacunación de medio millón de niños anualmente.

Se impulsaron todos los programas de tal manera que la red existente de servicios, pueda brindar atención médica a la población y exista acceso para las personas a los diferentes niveles de atención con que cuenta el sistema. Esto permite

decir que efectivamente es un logro positivo que representa una consulta ambulatoria de 3.500,000 anualmente, lo cual duplica las acciones en este rubro en relación a 1975.

La reforma administrativa aprobada por el Gobierno mantiene en la actualidad un reforzamiento constante en las 24 áreas de salud, de tal manera que permita la participación comunitaria actuando juntamente con el sistema institucional. El logro de estas acciones se hace presente, en la mejora de la atención del parto rural mediante el adiestramiento de COMADRONAS TRADICIONALES, programas de vigilancia epidemiológica por medio de colaboradores voluntarios en la lucha contra la malaria, programas de referencia de pacientes a través de la formación y preparación de PROMOTORES DE SALUD, de mucho impacto en el último año en la lucha contra la tuberculosis, así como en las campañas masivas de vacunación donde ha sido de gran importancia la participación comunitaria.

NUTRICION Y ALIMENTACION: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha impulsado una política nacional que continúa asignando responsabilidades específicas a cada uno de los sectores involucrados en el problema.

CONSERVACION Y MEJORAMIENTO DEL MEDIO AMBIENTE: La estrategia está dirigida al saneamiento básico; se continúa la reconstrucción nacional pudiendose decir que se ha reconstruido en un 90% el daño causado por el terremoto de 1976 en lo referente a letrinas, acueductos y redes de alcantarillados.

El financiamiento externo y las contrapartidas presupuestarias nacionales han permitido el inicio de obras importantes de infraestructura. Por ejemplo hay un proyecto de ampliación de cobertura financiado por un préstamo del BID que está en ejecución y contempla un aumento significativo de infraestructura para el área rural consistente en 3 hospitales de 100 camas; 2 hospitales de 50 camas; 7 centros de salud de 30 camas; 46 centros de salud tipo "B"; 170 puestos de salud y 4 talleres de mantenimiento.

Otro proyecto financiado con préstamo externo con proyección al área rural es el de construcción de Acueductos Rurales (PRESTAMO AID, BID, OPS) que contempla la construcción de 106 acueductos por la Unidad Ejecutora del Programa de Acueductos Rurales y 96 acueductos por el Departamento de Saneamiento Ambiental de la Dirección General de Servicios de Salud.